

AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SEPN CRN 514, Bloco D, - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70760-544
Telefone: e Fax: @fax_unidade@ - <http://www.agenciasus.org.br>

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº 48/2026

Processo nº AGSUS.019678/2026-11

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM A AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ASSOCIAÇÃO MÉDICOS DA FLORESTA (AMDAF), VISANDO AO APOIO NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM TERRITÓRIOS INDÍGENAS.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS (AgSUS), inscrita no CNPJ sob o nº 37.318.510/0001-11, com sede no SEPN CRN 514, Bloco D, CEP 70760-544, Bairro Asa Norte, Brasília-DF, representada neste ato por seu Diretor-Presidente André Longo Araújo de Melo, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4455944, expedida pela SSP/DF, inscrito no CPF/MF sob o nº 768.999.934-49 e a **ASSOCIAÇÃO MÉDICOS DA FLORESTA (AMDAF)**, associação privada, inscrita no CNPJ sob o nº 24.765.680/0001-00, com sede na Rua Vergueiro, 2087, sala 1110, São Paulo/SP, CEP: 04.101-000, doravante denominada AMDAF, representada neste ato por seu Presidente, o Sr. Celso Takashi Nakano, portador da Cédula de Identidade nº 20208484 expedida pela SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 263.602.158-29, RESOLVEM celebrar o presente Acordo de Cooperação Técnica, tendo em vista o que consta do Processo nº AGSUS.019678/2026-11 - objeto: proposta de cooperação técnica entre AgSUS e AMDAF, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Acordo de Cooperação Técnica tem por objeto a cooperação técnica entre a AgSUS e a AMDAF para execução das ações descritas no Plano de Trabalho anexo, com foco nos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

1.2. O presente acordo dispensa o chamamento público, haja vista que, no âmbito dos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana, não há outra organização da sociedade civil com capacidade comprovada de mobilizar recursos logísticos, humanos e tecnológicos para a execução de ações dessa complexidade, no formato de expedições integradas e itinerantes, inclusive com ampla experiência em abordagem da Atenção Especializada envolvendo povos indígenas, como demandado pelo referido DSEI e recomendado pela Sesai.

2. CLAUSULA SEGUNDA - DO PLANO DE TRABALHO

2.1. Os partícipes obrigam-se a cumprir o Plano de Trabalho, parte integrante deste instrumento, que estabelece as metas, atividades, cronogramas, responsabilidades e indicadores de desempenho a serem observados para a execução do objeto deste Acordo.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA MATRIZ DE RISCOS

3.1. Com o objetivo de fortalecer a gestão, o monitoramento e a transparência da execução deste Acordo de Cooperação Técnica, será elaborada Matriz de Riscos relativa às ações previstas no Plano de Trabalho, contendo a identificação, análise, classificação e definição das medidas de prevenção, mitigação e tratamento dos riscos técnicos, operacionais, logísticos, financeiros e institucionais associados à execução do objeto pactuado.

3.2. A Matriz de Riscos será elaborada pela Unidade de Planejamento e Gestão Estratégica (UPGE) da AgSUS, considerando as especificidades do projeto, do território de atuação e das atividades previstas no Plano de Trabalho.

3.3. A Matriz de Riscos ficará vinculada ao Plano de Trabalho, integrando o conjunto de instrumentos de planejamento e gestão da parceria, podendo ser atualizada sempre que necessário para refletir alterações relevantes nas condições de execução das ações.

3.4. A Matriz de Riscos integrará o processo administrativo da parceria e servirá de referência para o monitoramento, avaliação e adoção de medidas preventivas ou corretivas pelas instâncias de governança previstas neste Acordo.

3.5. A identificação e o acompanhamento dos riscos não afastam as responsabilidades atribuídas aos partícipes neste instrumento, devendo ambas as partes adotar as providências necessárias para prevenir ou mitigar situações que possam comprometer a execução do objeto.

4. CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA AGSUS

4.1. Para viabilizar o objeto deste instrumento, são responsabilidades da AgSUS:

a) Acompanhar a execução da parceria e zelar pelo cumprimento do disposto neste instrumento;

- b) Divulgar o objeto da parceria, mediante procedimentos definidos conforme seu juízo de conveniência e oportunidade;
- c) Apreciar o Relatório de Execução do Objeto do Acordo de Cooperação, apresentado pela AMDAF;
- d) Acompanhar a execução das atividades previstas no Plano de Trabalho, zelando pelo cumprimento dos prazos e metas estabelecidos;
- e) Oferecer o suporte técnico e logístico necessário à AMDAF para a execução das ações nas comunidades indígenas, conforme o Plano de Trabalho; e
- f) Analisar e validar os relatórios apresentados pela AMDAF, sugerindo ajustes ou melhorias quando necessário.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA AMDAF

5.1. Para viabilizar o objeto deste instrumento, são responsabilidades da AMDAF:

- a) Executar o objeto da parceria de acordo com o Plano de Trabalho, observado o disposto neste instrumento;
- b) Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo regular pagamento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto da parceria;
- c) Responsabilizar-se exclusivamente pelo gerenciamento administrativo e financeiro necessário ao cumprimento dos seus compromissos na execução do objeto da parceria;
- d) Permitir o livre acesso dos agentes da AgSUS, dos órgãos de controle interno e do Tribunal de Contas aos processos, aos documentos e às informações relacionadas à execução da parceria, bem como aos locais de execução do seu objeto;
- e) Apresentar o Relatório de Execução do Objeto Final, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir do encerramento de cada ação pactuada no Plano de Trabalho;
- f) Executar as atividades previstas no Plano de Trabalho, observando as especificidades das comunidades indígenas envolvidas;
- g) Fornecer expertise técnica e suporte para a implementação das ações de atenção especializada à saúde, promovendo o acesso a consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade, respeitando as especificidades socioculturais das populações atendidas;
- h) Colaborar com a AgSUS na capacitação de profissionais de saúde para atuação em serviços especializados, bem como no desenvolvimento de práticas assistenciais adaptadas à realidade das comunidades indígenas; e
- i) Apresentar relatórios periódicos sobre o progresso das atividades, conforme definido no Plano de Trabalho.

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DE EXECUÇÃO

6.1. Para o alcance do objeto pactuado, os partícipes obrigam-se a cumprir o plano de trabalho que, independentemente de transcrição, é parte integrante e indissociável do presente Acordo de Cooperação, bem como toda documentação técnica que dele resulte, cujos dados neles contidos acatam os partícipes.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. Para a execução do objeto do presente Acordo, a AgSUS e a AMDAF realizarão as despesas necessárias à implementação das atividades previstas no Plano de Trabalho, no âmbito de suas respectivas atribuições. As despesas a cargo da AgSUS poderão ser operacionalizadas mediante provisão financeira destinada à execução das ações pactuadas, conforme detalhamento constante no Plano de Trabalho, nos termos do parágrafo único do art. 24 do Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023.

7.2. A AgSUS realizará o pagamento das despesas relacionadas às atividades sob sua responsabilidade, nos valores de R\$342.649,45 (trezentos e quarenta e dois mil, seiscentos e quarenta e nove reais e quarenta e cinco centavos) e R\$ 432.619,00 (quatrocentos e trinta e dois mil, seiscentos e dezenove reais), referentes aos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana, respectivamente, conforme detalhamento constante no Plano de Trabalho.

7.3. Para viabilizar a execução dessas despesas, os referidos montantes serão depositados em conta de titularidade da AMDAF, qual seja, Banco do Brasil (001), Agência 8258-9, Conta Corrente 148-1, Titular: ASSOCIAÇÃO MÉDICOS DA FLORESTA (AMDAF), CNPJ: 24.765.680/0001-00, em parcela única, conforme cronograma e justificativa técnica constantes no Plano de Trabalho, servindo o comprovante da operação bancária como recibo.

7.4. A AMDAF realizará as despesas relacionadas às atividades sob sua responsabilidade, estimadas em R\$ 588.000,00 (quinhentos e oitenta e oito mil reais) e R\$ 521.500,00 (quinhentos e vinte e um mil e quinhentos reais), referentes aos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana, respectivamente, conforme descrito no Plano de Trabalho.

7.5. As despesas realizadas no âmbito deste Acordo deverão estar diretamente vinculadas às ações previstas no Plano de Trabalho e observar os princípios da legalidade, economicidade, eficiência e finalidade pública, cabendo à AMDAF executar os pagamentos correspondentes às despesas custeadas com os valores depositados pela AgSUS exclusivamente para a implementação das atividades pactuadas.

7.6. Cada partícipe será responsável pelas despesas decorrentes das obrigações que assumir no âmbito deste Acordo, nos termos previstos no Plano de Trabalho.

7.7. Em caso de não realização da despesa ou de existência de saldo remanescente, a AMDAF deverá restituir os valores à conta de origem da AgSUS, acrescidos de correção monetária calculada com base na variação do IPCA, após apreciação e aprovação pelo Comitê Gestor e detalhamento em nota técnica final de execução do objeto do Acordo.

7.8. Eventuais ajustes na execução das ações previstas no Plano de Trabalho poderão ser realizados mediante justificativa técnica e aprovação do Comitê Gestor, devendo ser devidamente registrados em nota técnica.

7.9. Em função da previsão contida na ação n.º 6 – Qualificação da Atenção Especializada aos Povos Indígenas, do Programa de Trabalho da Saúde Indígena do contrato de gestão n.º 02/2024, firmado entre a AgSUS e o Ministério da Saúde, as despesas decorrentes das ações previstas neste Plano de Trabalho serão executadas por meio do centro de custo nº 7.1.01.01.01 – Ampliação da Capacidade Instalada da Atenção Especializada para o Cuidado Integral à Saúde.

8. CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS HUMANOS

8.1. Os recursos humanos mobilizados pela AgSUS e pela AMDAF para a execução das atividades previstas neste Acordo permanecerão vinculados exclusivamente às respectivas instituições de origem, sendo cada partícipe responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários e demais obrigações decorrentes de seus vínculos, sem gerar ônus adicionais para a outra parte.

9. CLÁUSULA NONA - DA QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES E INFRAESTRUTURA

9.1. A AgSUS ofertará qualificação sobre o registro clínico e qualidade do dado, cabendo à AMDAF garantir a participação dos profissionais assistenciais, responsáveis pelo registro e lançamento de informações assistenciais. A qualificação oferecida será em modelo síncrono, a ser definido entre as partes, e incluirá temas como Prontuário do Paciente, "CMD Coleta", Referência e Contrarreferência, além de outros temas correlatos.

9.2. Antes do início da ação assistencial, a AMDAF deverá assegurar infraestrutura adequada, incluindo, no mínimo:

a) computadores devem estar disponíveis nos espaços assistenciais. Recomenda-se que cada profissional responsável pelo atendimento disponha de um equipamento individual, de modo a possibilitar o registro das informações diretamente durante a realização da consulta ou procedimento.

b) disponibilidade de conectividade à internet, preferencialmente por meio de solução via satélite, assegurando o acesso aos sistemas oficiais e prontuário eletrônico durante a realização da ação. Recomenda-se que, previamente à expedição, seja realizada pela instituição parceira avaliação da quantidade, da qualidade e do tipo de conexão disponível, bem como a definição e validação de mecanismos de contingência a serem adotados em caso de indisponibilidade do serviço.

c) considerando as diversas necessidades de registro por meio de tecnologias digitais, é necessário que a instituição parceira verifique previamente a disponibilidade de fonte de energia estável e providencie, quando aplicável, mecanismos de contingência ou soluções de backup energético.

d) mecanismos de backup e segurança das informações registradas no Prontuário e demais sistemas de informação.

e) credenciais de acesso ativas aos sistemas oficiais necessários para registro da produção assistencial.

9.3. A ausência de infraestrutura mínima ou de acesso aos sistemas não autoriza a realização da assistência sem registro das informações, devendo ser aplicado o plano de contingência previsto neste instrumento.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DO CADASTRO NO CNES E DA VINCULAÇÃO PARA FINS DE PRODUÇÃO

10.1. Após a assinatura do Acordo de Cooperação Técnica, será solicitado que a instituição envie em até 7 (sete) dias corridos (via link fornecido pela AgSUS) os dados que tratam das informações da AMDAF e também dos profissionais de saúde. Esses dados serão utilizados para criação ou adequação cadastral no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sob gestão federal, conforme disposto na Portaria SAES/MS nº 3.200, de 2 de setembro de 2025, que regulamenta o cadastramento no programa Agora Tem Especialistas – Modalidade 3.

10.2. Esse prazo se deve ao tempo de processamento das informações no sistema, para garantir que, ao iniciar as ações da expedição, os sistemas estejam funcionando plenamente. Vale salientar que, considerando o caráter itinerante das expedições, o entendimento do Ministério da Saúde é de que o modelo cadastral mais adequado consiste na classificação do estabelecimento como Unidade Móvel no CNES.

10.3. É de responsabilidade da AMDAF o envio e atualização dos dados dos profissionais, equipamentos e serviços especializados ofertados. Deverão ser cadastrados no CNES todos os profissionais assistenciais responsáveis pela oferta de cuidado especializado no âmbito da expedição. Registra-se que produções derivadas de profissionais não cadastrados no CNES, e/ou qualquer inconformidade com o cadastro na competência, incorrem na impossibilidade de registro e/ou não validação da produção nos sistemas oficiais do MS.

10.4. O registro no CNES é uma ação que precede o registro de dados no "CMD Coleta". Logo é imprescindível que estes dados sejam encaminhados no prazo estipulado neste ACT.

10.5. À AgSUS cabe a operacionalização do registro no CNES, as atualizações de informações fornecidas pela AMDAF, bem como as orientações sobre o correto preenchimento dos campos.

10.6. A produção assistencial registrada deverá estar de acordo com os dados informados para cadastro de estabelecimento de saúde, profissionais executores, especialidades e procedimentos realizados, conforme parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO E REGRAS DE CADASTRO

11.1. O registro no "CMD Coleta" deverá conter o CPF e/ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário, conforme regras dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, inserido na Portaria SAES/MS nº 3.200, de 2 de setembro de 2025, devendo a AMDAF, com apoio do DSEI e da AgSUS, assegurar identificação e individualização do registro para rastreabilidade do dado.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO REGISTRO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO OFICIAIS E MONITORAMENTO DE DADOS

12.1. Para realização do acompanhamento, para fins de rastreabilidade, monitoramento, avaliação de dados, bem como da prestação de contas da produção assistencial realizada no âmbito deste ACT, deverão ser observadas as informações que seguem, considerando as normativas do Ministério da Saúde, no que tange ao Programa Agora Tem Especialistas, especialmente a Portaria SAES/MS nº 3.200, de 2 de setembro de 2025, que dispõe sobre a

operacionalização do componente prestação de serviços especializados.

12.2. Os atendimentos deverão ser registrados, preferencialmente, no sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente KoboToolbox|AgSUS. Subsidiariamente, poderá ser utilizado sistema próprio da AMDAF, desde que esteja em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e, sempre que possível, seja compatível com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

12.3. O PEP deverá contemplar informações clínicas e administrativas com finalidade de acompanhamento do paciente e continuidade do cuidado. A obrigatoriedade do registro em prontuário eletrônico no Brasil é uma norma ética e legal consolidada, visando à segurança do paciente, à continuidade do cuidado e à integridade das informações clínicas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e legislações federais estabelecem regras rigorosas sobre a sua utilização, certificação e guarda.

12.4. Caso solicitado pelo paciente, é assegurada a entrega de cópia do prontuário médico como um direito fundamental do paciente (titular dos dados) e uma obrigação legal/ética dos serviços de saúde e profissionais, garantida pelo Código de Ética Médica e Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Negar ou dificultar o acesso é infração ética e legal, sujeitando a instituição a penalidades.

12.5. A atenção especializada é considerada um nível de atenção regulado a partir de encaminhamento da Atenção Primária. Para garantir a continuidade do cuidado, o profissional de saúde de nível superior responsável pela assistência direta ao usuário deverá garantir a adequada contrarreferência e/ou encaminhamento assistencial, contendo informações clínicas e terapêuticas, juntadas a relatório assistencial, quando necessário, conforme fluxo pactuado com o DSEI.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA CONTINGÊNCIA DE REGISTRO E SOLUÇÕES ALTERNATIVAS

13.1. Na hipótese de indisponibilidade total ou parcial dos sistemas de informação e comunicação durante a realização dos atendimentos, a AMDAF deverá acionar o Plano de Contingência de Registro, adotando solução temporária de coleta de dados, tais como:

- a) Prontuário físico, conforme padrão utilizado pelo DSEI, com as informações do CMD inseridas;
- b) Formulários de contingência disponibilizados pela AgSUS;
- c) Sistema eletrônico offline disponibilizado pela AgSUS ou pela entidade apoiadora, quando aplicável;
- d) Planilha estruturada em formato contingencial, definida pela AgSUS.

13.2. A solução adotada deverá conter, no mínimo, os dados assistenciais, clínicos e administrativos necessários à identificação do usuário, do atendimento realizado e dos procedimentos executados, assegurando rastreabilidade e integridade das informações.

13.3. O uso de mecanismos de contingência tem caráter provisório. Tão logo o sistema seja restabelecido, a AMDAF deverá retomar a inserção integral das informações nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e/ou nos sistemas definidos pela AgSUS.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESPONSABILIDADE PELO REGISTRO, VERACIDADE E GUARDA DOS DADOS

14.1. A AMDAF é responsável pelo registro, pela veracidade e pela guarda dos dados assistenciais produzidos no âmbito deste Acordo. Incluem-se nessa responsabilidade, no mínimo:

- a) o preenchimento correto das informações no Prontuário do Paciente, no sistema CMD e nos demais instrumentos de registro e gestão do cuidado inseridos no âmbito da expedição.
- b) a emissão, organização e guarda dos registros clínicos e documentos assistenciais correlatos, incluindo prontuários, registro em sistemas oficiais ou contingenciais, termos, relatórios e demais evidências de atendimento;
- c) a manutenção da integridade, rastreabilidade e disponibilidade das evidências assistenciais para fins de monitoramento, auditoria e prestação de contas.

14.2. Os registros clínicos e documentos assistenciais deverão ser mantidos sob guarda da AMDAF pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, contados a partir do último registro realizado no prontuário, como consta na Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.

14.3. A AgSUS, quando prevista neste instrumento, atuará exclusivamente com orientação técnico-informacional, padronização e validação, não assumindo a autoria, veracidade ou responsabilidade primária pelos dados inseridos pela AMDAF.

14.4. Constatadas inconsistências, duplicidades ou divergências entre prontuário e registros sistêmicos, a AMDAF deverá proceder à correção e regularização das informações. Fica estabelecido neste ACT o prazo máximo e improrrogável de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de recebimento da notificação pela AgSUS.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO MONITORAMENTO, VALIDAÇÃO E AUDITORIA DOS DADOS

15.1. A AMDAF concorda com a realização de validação técnica e monitoramento automatizado dos dados assistenciais por instâncias de governança previstas neste instrumento, incluindo validações entre registros no CMD, prontuários e relatórios operacionais.

15.2. A AMDAF deverá disponibilizar, sempre que solicitado, os registros assistenciais, prontuários, bases de dados e documentos correlatos aos órgãos de gestão, controle, monitoramento ou auditoria do Sistema Único de Saúde, incluindo Ministério da Saúde, SESAI, AgSUS ou demais instâncias competentes.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

16.1. O monitoramento das atividades será conduzido de maneira contínua, com foco no acompanhamento de cada etapa do projeto e na verificação do cumprimento dos prazos e ações estabelecidos, por meio de relatórios das atividades acordadas, garantindo a transparência e a possibilidade de ajustes ao longo da execução do projeto.

16.2. A Câmara Técnica será responsável pela coordenação e execução do monitoramento contínuo das atividades, com reuniões mensais para discutir o progresso das atividades, identificar desafios e propor soluções. Essas reuniões serão documentadas em atas, que servirão como base para a elaboração dos relatórios de progresso, os quais embasarão a elaboração do relatório final, que deverá ser apresentado ao término da execução.

16.3. A cada trimestre, o Comitê Gestor elaborará e anexará ao processo um relatório de progresso contendo uma análise detalhada das atividades desenvolvidas e do desempenho do projeto, devendo destacar os possíveis ajustes no cronograma, quando necessários.

16.4. Ao término do projeto, será realizada uma avaliação final que consolida os principais resultados do Plano de Trabalho, com vistas a processos de melhoria e oportunidades de novas atuações, que fará parte do relatório final que será publicado.

16.5. As atividades previstas no Plano de Trabalho serão acompanhadas de forma contínua e sistemática pelas instituições partícipes, de modo a assegurar a adequada execução técnica, financeira e institucional da cooperação.

16.6. A AMDAF compromete-se a apresentar relatório final, contendo a descrição das atividades executadas, os resultados alcançados, os desafios identificados e as medidas corretivas eventualmente adotadas, bem como registros fotográficos, listas de presença e outros documentos que comprovem a efetividade das ações.

16.7. O Comitê Gestor é responsável pela avaliação dos resultados das atividades, que será realizada com base nos relatórios fornecidos pela AMDAF e registrada em nota técnica.

16.8. Sempre que necessário, com base nas análises decorrentes do monitoramento e da avaliação, poderão ser propostos ajustes no Plano de Trabalho com o objetivo de assegurar o alcance eficaz dos objetivos pactuados.

16.9. A identificação da necessidade de ajustes significativos, especialmente aqueles relacionados ao cronograma, deverá ser formalizada pelo Comitê Gestor por meio de nota técnica, a qual deverá ser submetida à aprovação pelas instâncias superiores da AgSUS.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - ESTRUTURA DE GOVERNANÇA

17.1. O Comitê Gestor será o órgão de tomada de decisões em questões operacionais e de planejamento, vinculado aos objetivos contidos neste plano de trabalho, sendo responsável pela supervisão estratégica do projeto. Será composto por:

- 2 (dois) representantes indicados pela AgSUS;
- 2 (dois) representantes indicados pela Secretaria de Saúde Indígena;
- 1 (um) representante indicado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) atendido;
- 1 (um) representante indicado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) atendido;
- 2 (dois) representantes indicados pela AMDAF.

17.2. A Câmara Técnica será responsável pela coordenação técnica e monitoramento das atividades e poderá formar subcomitês compostos por especialistas nas áreas de Saúde Indígena, Atenção Especializada, Monitoramento e Avaliação ou outras temáticas relacionadas aos objetivos deste Acordo, devendo a criação ser comunicada e aprovada pelo comitê gestor. Será composta por 3 (três) especialistas e/ou técnicos de ambas as instituições.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO PRAZO E VIGÊNCIA

18.1. O prazo de vigência deste Acordo de Cooperação será de 12 (doze) meses a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, por solicitação da AMDAF devidamente fundamentada, desde que autorizada pela AgSUS, ou por proposta da AgSUS e respectiva anuência da AMDAF, formulada a qualquer tempo antes de encerrada a sua vigência.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA RESCISÃO

19.1. O presente Acordo de Cooperação Técnica poderá ser rescindido a qualquer tempo, de forma unilateral ou consensual, mediante notificação formal com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devidamente motivada e instruída com as razões técnicas, administrativas ou operacionais que justifiquem a decisão.

19.2. Constituem hipóteses de rescisão unilateral, por qualquer dos partícipes:

- a) o descumprimento de quaisquer das cláusulas ou obrigações pactuadas, inclusive quanto aos cronogramas físico-financeiros, metas de atendimento, contrapartidas operacionais ou prestação de contas;
- b) a inexecução parcial ou total do objeto, por dolo, culpa ou reiterada desídia de qualquer das partes;
- c) a superveniência de fato impeditivo, legal ou administrativo, que inviabilize a continuidade da execução do objeto, inclusive por força maior ou caso fortuito;
- d) o desvirtuamento dos objetivos da parceria, especialmente no tocante à observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência;
- e) o uso indevido dos recursos financeiros, bens ou instalações envolvidas, constatado mediante apuração técnica ou auditoria;
- f) a inobservância de protocolos de segurança, ética ou respeito à cultura das populações indígenas atendidas.

19.3. No caso de rescisão, as partes comprometem-se a documentar os atos administrativos, consolidar os resultados parciais obtidos, assegurar a transparência da execução e garantir, sempre que possível, a adoção de medidas que evitem prejuízos diretos às comunidades atendidas.

19.4. A rescisão não eximirá as partes da responsabilidade pela prestação de contas nem da adoção de medidas corretivas e saneadoras.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS ALTERAÇÕES

20.1. O presente Acordo poderá ser alterado mediante acordo entre os partícipes e formalização por escrito, sendo vedada qualquer alteração unilateral, bem como a modificação de seu objeto.

20.2. Os ajustes que não impliquem alteração significativa do instrumento, especialmente aqueles relativos ao Plano de Trabalho, poderão ser formalizados por meio de certidão de apostilamento. Nas hipóteses em que as modificações impliquem alteração do Acordo ou do Plano de Trabalho, deverá ser celebrado Termo Aditivo entre as partes.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DIREITOS INTELECTUAIS

21.1. A AMDAF declara, mediante a assinatura deste instrumento, que se responsabiliza integralmente por providenciar desde já, independentemente de solicitação da AgSUS, todas as autorizações necessárias para que a AgSUS, sem ônus, durante o prazo de proteção dos direitos incidentes, em território nacional e estrangeiro, em caráter não exclusivo, utilize, frua e disponha dos bens submetidos a regime de propriedade intelectual que eventualmente decorrerem da execução desta parceria, da seguinte forma:

21.2. Quanto aos direitos de que trata a Lei nº 9.279/1996, pelo uso de produto objeto de patente, processo ou produto obtido diretamente por processo patenteado, desenho industrial, indicação geográfica e marcas;

21.3. Quanto aos direitos de que trata a Lei nº 9.610/1998, pelas seguintes modalidades:

a) A reprodução parcial ou integral;

b) A adaptação;

c) A tradução para qualquer idioma;

d) A inclusão em fonograma ou produção audiovisual;

e) A distribuição, inclusive para oferta de obras ou produções mediante cabo, fibra ótica, satélite, ondas ou qualquer outro sistema que permita ao usuário realizar a seleção da obra ou produção para percebê-la em um tempo e lugar previamente determinados por quem formula a demanda, e nos casos em que o acesso às obras ou produções se faça por qualquer sistema que importe em pagamento pelo usuário;

f) A comunicação ao público, mediante representação, recitação ou declamação; execução musical, inclusive mediante emprego de alto-falante ou de sistemas análogos; radiodifusão sonora ou televisiva; captação de transmissão de radiodifusão em locais de frequência coletiva; sonorização ambiental; exibição audiovisual, cinematográfica ou por processo assemelhado; exposição de obras de artes plásticas e figurativas; e

g) A inclusão em base de dados, o armazenamento em computador, a microfilmagem e as demais formas de arquivamento do gênero.

21.4. Serão considerados passíveis de proteção intelectual os relatórios técnicos, metodologias assistenciais, indicadores, softwares, protocolos operacionais, materiais didáticos, registros fotográficos ou audiovisuais, bancos de dados, dispositivos funcionais e demais produtos que envolvam criação intelectual oriunda da execução conjunta deste instrumento.

21.5. A titularidade sobre tais criações será compartilhada entre os partícipes, proporcionalmente à participação técnica e científica de cada instituição na concepção e desenvolvimento do bem ou processo inovador, conforme avaliação conjunta e critérios definidos pela Política de Inovação da AgSUS.

21.6. Qualquer publicação, divulgação institucional ou utilização dos produtos gerados deverá mencionar adequadamente os partícipes, garantir a integridade do conteúdo e, quando envolver dados sensíveis ou imagens de comunidades indígenas, observar os princípios da ética, do consentimento informado e da proteção cultural.

21.7. A utilização comercial, cessão ou licenciamento de tecnologias, metodologias ou materiais derivados deste Acordo de Cooperação Técnica dependerá de anuência prévia e expressa das partes, nos termos de regulamentação própria e com observância aos instrumentos de governança da inovação estabelecidos pela AgSUS.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA PRIVACIDADE E DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

22.1. Os partícipes declaram ter ciência da existência da Lei federal nº 13.709 de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD) e se comprometem a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, garantindo que o tratamento de dados pessoais, especialmente os dados sensíveis de populações indígenas, dar-se-á de acordo com as bases legais previstas na lei e que seu uso será limitado às atividades necessárias ao atingimento das finalidades de execução deste Acordo de Cooperação Técnica.

22.2. Os partícipes comprometem-se a adotar as medidas técnicas e administrativas necessárias para proteger os dados contra acessos não autorizados, perdas acidentais ou qualquer forma de tratamento inadequado, assegurando que toda e qualquer utilização de dados esteja condicionada ao consentimento informado dos titulares ou às hipóteses legais de tratamento autorizadas pela LGPD, sempre respeitando a autodeterminação informativa, a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais dos povos tradicionais envolvidos, garantindo-se a confidencialidade, a segurança da informação e o uso ético dos dados coletados.

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA PROTEÇÃO DE DADOS E SIGILO DAS INFORMAÇÕES

23.1. As partes comprometem-se a cumprir integralmente a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e demais normas aplicáveis à proteção de dados no âmbito da saúde.

23.2. A AMDAF atuará como responsável direto pelo tratamento dos dados sob sua guarda durante a execução da ação, devendo:

a) restringir o acesso às informações sensíveis conforme atribuição profissional;

b) manter controle de credenciais de acesso e auditoria;

c) garantir armazenamento seguro e mecanismos de proteção das informações;

d) comunicar eventuais incidentes de segurança da informação conforme fluxo definido neste instrumento.

23.3. Os dados assistenciais e administrativos gerados no âmbito desta cooperação serão utilizados exclusivamente para fins relacionados à execução das ações de saúde, observadas as disposições da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), nos seguintes termos:

a) Os dados assistenciais individualizados serão utilizados exclusivamente para registro assistencial, continuidade do cuidado, monitoramento, avaliação, auditoria e prestação de contas, sendo vedada sua divulgação pública, salvo nas hipóteses previstas em lei.

b) Dados consolidados poderão ser utilizados para fins de comunicação institucional e divulgação de resultados pelos canais oficiais da AgSUS, Ministério da Saúde, SESAI e da instituição executora AMDAF, desde que não permitam a identificação dos usuários atendidos.

24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DA ANTICORRUPÇÃO

24.1. Os Partícipes declaram que possuem pleno conhecimento e observam integralmente a legislação, os regulamentos e as normas aplicáveis à execução do presente Acordo, especialmente aquelas relativas à prevenção e ao combate à corrupção, à lavagem de dinheiro e ao financiamento ao terrorismo, declarando, ainda, ter ciência das normas anticorrupção vigentes no Brasil, em especial da Lei nº 12.846/2013 e da Lei nº 8.429/1992, comprometendo-se a cumpri-las integralmente e a assegurar que seus sócios, dirigentes, empregados, colaboradores e terceiros por elas contratados também as observem, obrigando-se, adicionalmente, a adotar e manter práticas de integridade, controles internos adequados e padrões de ética compatíveis com a legislação aplicável no cumprimento das obrigações assumidas neste Acordo.

25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

25.1. A AMDAF apresentará o Relatório de Execução do Objeto, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir do encerramento de cada ação pactuada no Plano de Trabalho, prorrogável por 30 (trinta) dias, a critério da AgSUS, contendo relatório técnico das atividades desenvolvidas, demonstrativo da aplicação dos recursos, documentação comprobatória das despesas e, quando aplicável, inventário de bens adquiridos. Eventuais omissões ou inconsistências deverão ser justificadas formalmente, sob pena de adoção das medidas legais cabíveis.

25.2. O Relatório de Execução do Objeto deverá conter:

a) descrição das ações desenvolvidas para a execução do objeto, para demonstrar o alcance dos resultados esperados;

b) documentos de comprovação da execução do objeto, tais como Relatórios técnicos, transferências bancárias, notas fiscais ou quaisquer outros documentos hábeis que assegurem o cumprimento das obrigações na forma e prazos estipulados no Plano de Trabalho;

c) A AMDAF deverá apresentar, na prestação de contas, declaração contendo a relação nominal dos profissionais que atuaram nas atividades previstas neste instrumento, com indicação da função exercida e período de atuação. A declaração deverá ser acompanhada de documentos comprobatórios mínimos do pagamento, bem como relatório sucinto das atividades executadas no âmbito da ação;

d) documentos de comprovação do cumprimento de suas responsabilidades quanto aos direitos intelectuais dos bens decorrentes da execução da parceria, se for o caso.

25.3. A competência para a apreciação do Relatório de Execução do Objeto é da autoridade competente para celebrar a parceria, com possibilidade de delegação.

25.4. A apreciação do Relatório de Execução do Objeto ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de sua apresentação pela AMDAF.

25.5. O prazo de análise poderá ser prorrogado, mediante decisão motivada.

25.6. O transcurso do prazo sem que o relatório tenha sido apreciado:

a) não impede que a AMDAF participe de chamamentos públicos ou celebre novas parcerias;

b) não implica impossibilidade de sua apreciação em data posterior ou vedação a que se adotem medidas saneadoras ou punitivas pela inexecução do objeto.

25.7. Caso o Relatório de Execução do Objeto e o conjunto de documentos existentes no processo não sejam suficientes para comprovar a execução do objeto da parceria, a AgSUS poderá solicitar documentos e informações complementares para adequada instrução processual. Ainda assim, caso não seja suficiente para comprovação da execução das obrigações assumidas, a AgSUS poderá aplicar advertência ou outras sanções cabíveis, assegurada a ampla defesa.

25.8. A AMDAF deverá manter a guarda dos documentos originais relativos à execução da parceria pelo prazo de cinco anos, contado do dia útil subsequente ao da apresentação do Relatório de Execução do Objeto.

25.9. No tocante à prestação de contas, esta obedecerá aos parâmetros definidos na legislação aplicável, devendo os recursos ser utilizados exclusivamente nas ações pactuadas, com observância às regras de transparência, comprovação de despesas e integridade dos dados apresentados. A inobservância das disposições legais, contratuais ou deste plano de trabalho poderá ensejar responsabilizações administrativas, civis ou penais, nos termos do ordenamento jurídico vigente.

25.10. A prestação de contas final consolidada da parceria, contemplando a execução física e financeira realizada por ambos os partícipes e os resultados alcançados, será formalizada e assinada conjuntamente pela AgSUS e pela AMDAF, constituindo documento hábil para análise do cumprimento do objeto e encerramento do presente Acordo de Cooperação Técnica.

26. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - INTEGRIDADE, ÉTICA E CONFIDENCIALIDADE

26.1. Os partícipes declaram ter pleno conhecimento e comprometem-se a observar, no âmbito da execução da presente parceria, as normas do Programa de Integridade, bem como o Código de Conduta e Ética da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde – AgSUS, obrigando-se a cumprir e fazer cumprir tais normatTivos por si, por seus sócios, administradores, dirigentes, empregados, colaboradores e eventuais terceiros que atuem em seu nome ou interesse.

26.2. Os partícipes comprometem-se, ainda, a manter em caráter estritamente confidencial todas as informações, dados, documentos e conhecimentos de natureza técnica, operacional, institucional ou estratégica a que tiverem acesso em razão da execução desta parceria, obrigando-se a não divulgá-los, transmiti-los, reproduzi-los ou disponibilizá-los a terceiros, total ou parcialmente, sem a prévia e expressa autorização das demais partes.

26.3. As informações confidenciais somente poderão ser utilizadas para as finalidades estritamente relacionadas ao objeto desta parceria, sendo vedado seu uso para qualquer outra finalidade, direta ou indireta, permanecendo a obrigação de sigilo válida mesmo após o término da vigência do presente instrumento.

27. CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - SANÇÕES

27.1. Quando a execução da parceria, no que cabe à AMDAF, estiver em desacordo com o plano de trabalho, a AgSUS poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções:

a) advertência;

b) suspensão temporária da participação em acordos com a AgSUS e impedimento de celebrar parceria ou contrato, por prazo não superior a 02 (dois) anos; e

c) declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com a AgSUS, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, que será concedida sempre que a AMDAF ressarcir a AgSUS pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de 02 (dois) anos da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade.

27.2. A sanção de advertência tem caráter preventivo e será aplicada quando verificadas impropriedades praticadas pela AMDAF no âmbito da parceria que não justifiquem a aplicação de penalidade mais grave.

27.3. A sanção de suspensão temporária será aplicada nos casos em que forem verificadas irregularidades na celebração, execução ou prestação de contas da parceria e não se justificar a imposição da penalidade mais grave, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os danos que dela provieram para a AgSUS.

27.4. É facultada a defesa do interessado no prazo de 10 (dez) dias, contado da data de abertura de vista dos autos processuais.

27.5. A aplicação das sanções de suspensão temporária e de declaração de inidoneidade é de competência exclusiva da AgSUS.

27.6. Da decisão administrativa que aplicar as sanções previstas nesta cláusula caberá recurso, no prazo de 10 (dez) dias, contado da data de ciência da decisão.

28. CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DA EFICÁCIA E DA PUBLICAÇÃO

28.1. Este Acordo de Cooperação terá eficácia a partir de sua assinatura, devendo a AgSUS disponibilizá-lo em seu site.

29. CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DA DIVULGAÇÃO

29.1. Os partícipes comprometem-se a assegurar ampla divulgação e publicidade deste Acordo de Cooperação Técnica, em consonância com os princípios da transparência, publicidade e eficiência.

29.2. As ações realizadas no âmbito desta cooperação deverão ser publicizadas por meio dos canais institucionais das partes, incluindo portais eletrônicos, redes sociais, boletins informativos, relatórios de gestão e outros meios acessíveis, respeitando-se as identidades visuais e as diretrizes de comunicação institucional de cada entidade.

29.3. A veiculação de materiais promocionais, educativos ou informativos relacionados às atividades do projeto deverá mencionar expressamente a cooperação entre os partícipes, podendo incluir logomarcas e referências institucionais conforme padrões previamente acordados, sem qualquer conotação de promoção pessoal.

29.4. A divulgação do instrumento deverá observar, também, as restrições do art. 73, VI, "b", da Lei nº 9.504/1997, quanto à publicidade institucional no período do defeso eleitoral.

30. CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DO FORO

30.1. Fica eleito o foro do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), em Brasília/DF, como competente para resolver eventuais questões decorrentes do presente Acordo de Cooperação Técnica que não puderem ser resolvidas administrativamente.

E, por estarem de acordo, as partes assinam o presente Acordo de Cooperação Técnica em duas vias de igual teor e forma, com a ciência das testemunhas abaixo assinadas.

Brasília/DF, na data da assinatura eletrônica.

Pela **AMDAF**:

Celso Takashi Nakano

Presidente

Pela **AgSUS**:
André Longo Araújo de Melo
Diretor Presidente
andre.longo@agenciasus.org.br

Testemunhas:

Jhonathan Fagundes Turisco Morais
jhonathan.morais@agenciasus.org.br

Talita Turmina
talita.turmina@agenciasus.org.br

PLANO DE TRABALHO

DADOS CADASTRAIS

PARTÍCIPE 1			
Nome: Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS)		CNPJ: 37.318.510/0001-11	
Endereço: SEPN CRN 514, Bloco D, Asa Norte	Esfera Administrativa: Privada- Serviço Social Autônomo.		Site: http://www.agenciasus.org.br
Cidade: Brasília	UF: DF	CEP: 70760-544	DDD/Telefone: (61) 3686-4144
Nome do responsável: André Longo Araújo de Melo		Cargo/função: Diretor Presidente	
CPF: 768.999.934-49	RG: 4455944		Órgão expedidor: SSP/DF
Endereço: SHTN TR 02 LT 04 BL 09 APT 211.	Cidade: Brasília	Estado: DF	CEP: 70800-200

PARTÍCIPE 2			
Nome: Associação Médicos da Floresta – AMDAF		CNPJ: 24.765.680/0001-00	
Endereço: Rua Vergueiro, 2087, sala 1110.	Esfera Administrativa: Privada		Site: https://amdaf.org/
Cidade: São Paulo	UF: SP	CEP: 04.101-000	DDD/Telefone: +551197094-5244
Nome do responsável: Celso Takashi Nakano		Cargo/função: Presidente	
CPF: 263.602.158-29	RG: 20208484		Órgão expedidor: SSP-SP
Endereço: Rua Agnaldo Manuel dos Santos, 84, ap. 101	Cidade: São Paulo	Estado: SP	CEP: 04116-250

1. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

1.1. **Título:** Acordo de Cooperação Técnica entre a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS e a Associação Médicos da Floresta (AMDAF), em consonância com a Resolução DIREX nº 40, de 30 de junho de 2025, que aprova a Política de Parcerias da AgSUS, com a finalidade de ampliar o acesso à Atenção Especializada à Saúde (AAE), reduzir demandas reprimidas identificadas nos planos distritais de saúde indígena (PDSI 2024-2027) e mitigar agravos prioritários evidenciados no perfil epidemiológico distrital, em observância aos princípios da interculturalidade, territorialização, integralidade do cuidado e equidade.

2. APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA ORGANIZAÇÃO

2.1. A Associação Médicos da Floresta (AMDAF) é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos fundada em 2016, com o objetivo de ampliar o acesso a serviços de saúde especializados para populações indígenas e

comunidades em regiões remotas da Amazônia brasileira.

2.2. Foi fundada por médicos oftalmologistas com experiência prévia em outras organizações do terceiro setor atuantes na Saúde Indígena. Os fundadores tinham a intenção de criar uma nova organização para implementar uma metodologia de trabalho que buscasse o aprimoramento e o aperfeiçoamento das experiências anteriores com comunidades indígenas. O propósito central era atingir as localidades mais remotas, alcançando as populações mais desassistidas.

2.3. Desde sua fundação, a AMDAF realiza expedições médicas em áreas de difícil acesso, mobilizando equipes multiprofissionais compostas por médicos especialistas, enfermeiros, biomédicos e profissionais de apoio.

2.4. A missão da Associação Médicos da Floresta (AMDAF) consiste em assegurar a qualidade de vida e promover a inclusão social de comunidades vulneráveis. Isso é realizado através de ações inovadoras nas áreas de saúde, infraestrutura e promoção da saúde pública.

2.5. A organização busca contribuir para sanar a lacuna da assistência médica especializada em regiões isoladas do Brasil, promovendo bem-estar e inclusão para populações indígenas em todo o território nacional.

2.6. As especialidades incluem, entre outras: oftalmologia; pediatria; ginecologia e obstetrícia; cirurgia; medicina de emergência; infectologia; radiologia; anestesiologia; odontologia.

2.7. A atuação da AMDAF durante os últimos nove anos formou laços de responsabilidade e confiança ética com lideranças comunitárias, agentes de saúde indígena (AIS) e trabalhadores da saúde indígena, promovendo ações continuadas e medidas de saúde que atendam às demandas e especificidades de cada localidade.

3. ABRANGÊNCIA DA AÇÃO

3.1. A presente iniciativa prevê ações iniciais junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana. As sedes localizam-se, respectivamente, em Rondônia, Santa Isabel do Rio Negro, no endereço Av. Rafael Vaz e Silva, 2646 – Liberdade, CEP:76.804-444, e na Estrada do aeroporto, S/N, Bairro São Judas Tadeu-Santa Isabel do Rio NegroAM.

3.2. As regiões dos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana possuem uma ampla área de extensão, caracterizadas como de difícil acesso. A dispersão geográfica, as características ambientais e a sazonalidade climática impõem desafios logísticos importantes, limitando a continuidade e a regularidade das ações e serviços de saúde prestados às comunidades.

3.3. As comunidades indígenas atendidas pelos Polos Base de Porto Velho, Ji-Paraná, Humaitá, Jaru, Guajará Mirim e Alta Floresta, todos pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) PVH, enfrentam uma realidade marcada por intensas vulnerabilidades sociais, geográficas, sanitárias e ambientais. Com uma população estimada em 12.225 indígenas aldeados, distribuídos em 226 aldeias, pertencentes majoritariamente às diversas etnias, os desafios no acesso aos serviços básicos de saúde e saneamento são evidentes e recorrentes.

3.4. As comunidades indígenas atendidas pelo Polo Base MARAUIÁ, localizado no município de Santa Isabel do Rio Negro, Amazonas, todos pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami e Ye'kwana, enfrentam uma realidade marcada por intensas vulnerabilidades sociais, geográficas, sanitárias e ambientais. Com uma população estimada em 3.997 indígenas aldeados, distribuídos em 23 aldeias, pertencentes majoritariamente às etnias Yanomami, os desafios no acesso aos serviços básicos de saúde e saneamento são evidentes e recorrentes.

3.5. O Relatório Analítico apresentado pela SESAI refere-se à execução de duas Expedições de Saúde Indígena programadas para o **mês de agosto**, nos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana, contemplados na programação estratégica da AgSUS.

3.6. A iniciativa está alinhada à estratégia de fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e com a Lei Nº 15.233, de 7 de outubro de 2025, que instituiu o Programa Agora Tem Especialistas e tem como finalidade ampliar o acesso à Atenção Especializada à Saúde (AAE), reduzir demandas reprimidas identificadas nos planos distritais de saúde indígena (PDSI 2024-2027), mitigar agravos prioritários evidenciados no perfil epidemiológico distrital, além de contribuir para a ampliação do acesso à saúde, qualificação do cuidado, redução de iniquidades, aumento da resolutividade nos territórios prioritários e respeitando os princípios da interculturalidade, territorialização, integralidade do cuidado e equidade.

3.7. Dessa forma, a região requer intervenções sanitárias que combinem resolutividade clínica com respeito aos modos de vida e itinerários terapêuticos indígenas, valorizando a escuta, a mediação cultural e a integração entre os sistemas tradicionais e biomédicos. O que, mais uma vez, justifica a expertise da associação.

3.8. A escolha desses dois DSEI como territórios prioritários se justifica pela complexidade e dimensão sanitária da região, corroborados em distintos documentos técnicos da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, como os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), como também por meio de estudo prévio estabelecido entre o Ministério da Saúde e os DSEI. Tratam-se de territórios nos quais a fragilidade e/ou ausência de ações coordenadas e especializadas pode comprometer de forma irreversível a saúde de povos com altíssima vulnerabilidade epidemiológica e cultural.

3.9. Desse modo, ao concentrar esforços nos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana, a presente cooperação técnica busca reafirmar o compromisso com os princípios da equidade, da interculturalidade e da justiça sanitária, promovendo não apenas o acesso, mas o direito ao cuidado especializado com segurança e respeito, em conformidade com a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

4. CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

4.1. Este tópico apresenta a fundamentação técnica que sustenta a realização da ação proposta, considerando as especificidades territoriais, epidemiológicas, assistenciais e interculturais dos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e com os princípios constitucionais do direito à saúde previstos no art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Caracterização Territorial

DSEI Porto Velho - Polo Base Humaitá

a) **Características socioeconômicas e demográficas da população:** Os territórios indígenas abrangidos pelo DSEI PVH caracterizam-se por extensa área geográfica (conforme dados do Plano Distrital), com aldeias amplamente dispersas no território com cerca de 90% inseridas em contextos de significativa complexidade logística.

b) **Características de acesso e logística territorial:** Observam-se barreiras geográficas relevantes, sazonalidade climática com impacto direto na trafegabilidade — especialmente no período chuvoso, que compromete acessos terrestres — e forte dependência de transporte terrestre e, em determinadas áreas, transporte aéreo para garantia de deslocamento de usuários e equipes. No que se refere à tipologia de acesso às aldeias, o território apresenta: extensão territorial de 50.000 Km²; 21% (42 aldeias) com acesso exclusivamente fluvial; 67% (138 aldeias) com acesso terrestre precário; necessidade de transporte aéreo em emergências; e 12% (24 aldeias) com acesso misto (fluvial e terrestre).

c) **Principais agravos à saúde identificados no território:** O perfil de morbimortalidade evidencia gestação de alto risco, dificuldade de acesso ao pré-natal especializado e intercorrências obstétricas; agravos prevalentes da infância, morbimortalidade infantil e acompanhamento insuficiente do crescimento e desenvolvimento; doenças crônicas não transmissíveis e condições clínicas sem seguimento especializado; elevada carga de malária, tuberculose e outras doenças infecciosas; doenças dermatológicas infecciosas e suspeição de hanseníase; alterações visuais evitáveis e perda funcional; diagnóstico tardio de gestação de risco e doenças clínicas; baixa capacidade diagnóstica instalada no território e déficit funcional decorrente de baixa acuidade visual.

d) **Demanda reprimida no território:** Agravamento e maior risco de complicações relacionadas à malária e outras doenças; Aumento dos riscos maternos e fetais por dificuldades no acompanhamento especializado de gestantes de alto risco, incluindo atraso na identificação de intercorrências obstétricas; progressão de doenças ginecológicas passíveis de diagnóstico e tratamento precoces, comprometendo a saúde da mulher indígena; evolução de doenças dermatológicas infecciosas e crônicas, com maior risco de incapacidades, infecções secundárias e redução da qualidade de vida; progressão de alterações oftalmológicas evitáveis, com risco de perda visual parcial ou permanente quando não diagnosticadas precocemente; atraso na identificação e no manejo de doenças prevalentes na infância, aumentando o risco de complicações clínicas e nutricionais; diagnóstico tardio de doenças infecciosas e condições clínicas complexas que demandam avaliação por infectologista e clínico geral; limitação do acesso a exames laboratoriais e ultrassonografia com Doppler, retardando o diagnóstico, a estratificação de risco e a definição terapêutica; aumento do número de encaminhamentos para as CASAI e da necessidade de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), gerando sobrecarga da rede assistencial; elevação da morbimortalidade por causas evitáveis em decorrência do atraso no diagnóstico, acompanhamento e tratamento especializado.

e) **Identificação de comunidades atendidas ou a serem atendidas:** População indígena aldeada Pirahã, localizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) PVH, no estado do AM. Essa população é formada majoritariamente pelas etnias Pirahã, conforme descrito abaixo:

Polo Base Humaitá:

- População estimada: **478 indígenas aldeados.**
- Nº de aldeias: 5 e 2 roças.
- Etnia atendida: 1.

DSEI Yanomami e Ye'kwana - Polo Base Marauíá

f) **Características socioeconômicas e demográficas da população:** Os territórios indígenas abrangidos pelo DSEI Yanomami e Ye'kwana caracterizam-se por extensa área geográfica 96.649,75 km², com aldeias amplamente dispersas no território (429 aldeias), inseridas em contextos de significativa complexidade logística.

g) **Características de acesso e logística territorial:** Observam-se barreiras geográficas relevantes, sazonalidade climática com impacto direto na trafegabilidade — especialmente no período chuvoso, que compromete acessos terrestres — e forte dependência de transporte terrestre e, em determinadas áreas, transporte aéreo para garantia de deslocamento de usuários e equipes. Esse contexto estrutural e geográfico impõe limitações operacionais importantes, repercutindo na continuidade do cuidado, na regularidade do acesso à média e alta complexidade, bem como na efetividade e tempestividade do transporte sanitário, especialmente em situações de urgência e emergência.

h) **Principais agravos à saúde identificados no território:** O perfil de morbimortalidade evidencia elevada incidência de doenças respiratórias, agravos infecciosos relacionados ao saneamento inadequado, crescimento de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes) e manutenção de taxas significativas de mortalidade infantil por causas evitáveis, como pneumonias e diarreias. Esses dados reforçam a necessidade de intervenções focalizadas, integradas e territorializadas, capazes de reduzir demandas reprimidas e prevenir a progressão de agravos.

i) **Demanda reprimida no território:** A ausência de acesso a saúde especializada de forma oportuna resulta em: Agravamento de doenças crônicas; complicações oftalmológicas evitáveis; progressão de neoplasias ginecológicas; aumento da mortalidade por causas evitáveis; aumento de remoções; sobrecarga das CASAI/MANAU e o acúmulo de casos crônicos sem acompanhamento especializado impacta diretamente a morbimortalidade.

j) **Identificação de comunidades atendidas ou a serem atendidas:** População residente nas comunidades atendidas pelo Polo Base MARAUIÁ e das Unidades básicas de Saúde Indígena

Xamakorona, Pukima Cachoeira, Raita baixo, Pukima Beira, Ixima, Pohoroá, Jutai, Serrinho, Taracua, Curua, Bicho Açu e Nova esperança com ênfase nas localidades com maiores índices de vulnerabilidade social, geográfica e sanitária, bem como com maior demanda reprimida por atendimentos especializados nas áreas Ginecologia, pediatria, oftalmologia e clínica médica.

Polo Base Marauia:

- População estimada: **3.997 indígenas aldeados.**
- Nº de aldeias: 23.
- Etnia atendida: 1.

Justificativa da Intervenção

A expedição configura-se como estratégia de intervenção focalizada, estruturada para promover a redução imediata da demanda reprimida por atendimentos especializados, por meio de ação sanitária de impacto concentrado no território. Trata-se de dispositivo operacional complementar à Atenção Primária à Saúde (APS), com função de suporte técnico-assistencial às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no que se refere à integração entre os pontos de atenção e à ampliação da resolutividade no âmbito distrital.

Diante do cenário epidemiológico e das limitações estruturais identificadas, torna-se necessária intervenção estruturada e temporariamente intensiva para ampliação da oferta de atenção especializada no território, garantindo resposta qualificada às necessidades acumuladas da população indígena.

Essa estratégia encontra respaldo nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que orienta a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com base nos princípios da integralidade, equidade e atenção diferenciada, sendo igualmente reforçada pela Portaria GM/MS nº 7.061/2025, que institui ações voltadas à ampliação do acesso à atenção especializada para populações em situação de vulnerabilidade social, entre elas os povos indígenas.

A implementação dessas ações é, portanto, imprescindível para assegurar o direito constitucional à saúde de forma equitativa, integral e com qualidade assistencial à população indígena, reduzindo iniquidades históricas e ampliando a capacidade de resposta do sistema de saúde no território.

Dessa forma, a ação proposta para os DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana fundamenta-se na necessidade concreta de ampliar a equidade no acesso à saúde, reduzir vulnerabilidades epidemiológicas e consolidar um modelo assistencial resolutivo, seguro e interculturalmente adequado, compatível com as diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e com os compromissos nacionais e internacionais de proteção aos povos indígenas.

5. OBJETIVO GERAL

5.1. Ampliar o acesso das populações indígenas atendidas pelos DSEIs Porto Velho e Yanomami e Ye'kwana a serviços especializados de saúde, por meio da realização de consultas, exames e/ou cirurgias nas áreas de ginecologia, pediatria, oftalmologia e clínico geral, com foco na melhoria da qualidade de vida, na redução das desigualdades em saúde e no respeito às especificidades culturais dessas comunidades, reduzindo demandas reprimidas e qualificando a resolutividade assistencial no território indígena.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar atendimentos especializados prioritários às populações indígenas com maior vulnerabilidade e demanda reprimida.
- Ampliar o acesso a consultas especializadas e procedimentos diagnósticos diretamente no território.
- Executar procedimentos diagnósticos e de apoio à decisão clínica durante as ações itinerantes.
- Reduzir a fila reprimida para consultas e procedimentos nas especialidades de oftalmologia, pediatria e ginecologia.
- Promover a identificação precoce de doenças crônicas e outros agravos prioritários à saúde.
- Reduzir complicações e desfechos evitáveis por meio do diagnóstico e tratamento oportunos.
- Fortalecer a continuidade do cuidado, com encaminhamento e acompanhamento dos casos identificados.
- Integrar e qualificar o registro das informações assistenciais no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).
- Fortalecer a articulação interfederativa e interinstitucional entre SESAI, estados e municípios, visando à integralidade da atenção à saúde indígena.
- Redução de remoções eletivas.

7. METODOLOGIA

7.1. A metodologia de intervenção proposta neste Plano de Trabalho está fundamentada nos princípios da cooperação interinstitucional, da interculturalidade e da resolutividade em saúde pública, especialmente voltada aos territórios indígenas de difícil acesso. A execução das ações previstas se dará de forma colaborativa, complementar e coordenada entre os partícipes, Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS) e a AMDAF, respeitando as competências institucionais de cada entidade e a corresponsabilidade no cumprimento dos objetivos pactuados.

7.2. A proposta articula experiência técnica, capacidade logística, mobilização comunitária e expertise intercultural, assegurando que a atuação em campo seja orientada por protocolos técnicos adequados, sensibilidade cultural e foco na efetividade dos resultados.

7.3. A AgSUS, na qualidade de entidade de direito privado sem fins lucrativos e executora de contrato de gestão com o poder público, assume o papel de coordenadora técnica e institucional do projeto, responsável pela gestão dos recursos financeiros públicos, articulação com os DSEI e demais órgãos do Ministério da Saúde, além do acompanhamento, monitoramento e avaliação do plano.

7.4. A Associação Médicos da Floresta, organização da sociedade civil com notório saber e trajetória consolidada em saúde indígena, será responsável pela mobilização das equipes voluntárias especializadas, pela execução das ações

em campo, pelo fornecimento parcial de insumos e equipamentos, bem como pela sistematização das evidências e resultados alcançados nas expedições.

7.5. A forma de colaboração entre os partícipes será operacionalizada de forma compartilhada, com definição clara de atribuições, execução descentralizada das atividades, validação conjunta dos marcos operacionais e prestação de contas integradas. A execução seguirá um cronograma técnico e financeiro previamente pactuado, orientado pelos eixos temáticos do projeto e supervisionado por instâncias de governança específicas (Câmara Técnica e Comitê Gestor).

8. MODELO OPERACIONAL DA AÇÃO - PORTO VELHO

8.1. O modelo operacional da ação está alinhado aos princípios do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), respeitando a organização territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e promovendo a articulação entre a atenção especializada e a rede de atenção primária à saúde indígena existente nos territórios.

8.2. A partir dos princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), o projeto reconhece os territórios indígenas como espaços socioculturais específicos nos quais os processos de cuidado em saúde são historicamente constituídos pela interação entre diferentes sistemas de conhecimento e práticas de cuidado. Nesse contexto, adota-se uma abordagem intercultural que busca promover o diálogo e a complementaridade entre o modelo biomédico e as medicinas tradicionais indígenas, em consonância com o conceito de intermedicalidade conforme discutido na literatura sobre saúde indígena no Brasil.

8.3. Essa perspectiva entende que o cuidado em saúde nos territórios indígenas se organiza também a partir de sistemas próprios de conhecimento, mobilizados por especialistas das medicinas indígenas — como pajés, parteiras, benzedeiros, raizeiros e outros detentores de saberes tradicionais — cujas práticas integram dimensões físicas, espirituais, coletivas e territoriais do cuidado. Dessa forma, as ações assistenciais previstas neste plano serão desenvolvidas com respeito às práticas culturais e aos modos próprios de organização social das comunidades atendidas, buscando sempre que possível estabelecer diálogo e complementaridade entre os saberes biomédicos e os saberes tradicionais presentes nos territórios.

8.4. A operacionalização das atividades ocorrerá em articulação direta com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) responsável pelo território, respeitando a organização da rede assistencial do SasiSUS, composta pelos Polos Base, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSi) e Casas de Saúde Indígena (CAsAI), bem como a atuação das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela atenção primária e pela coordenação do cuidado nas comunidades.

8.5. Destacamos a participação indispensável dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nos atendimentos médicos, que atuam no apoio à comunicação intercultural entre a equipe assistencial e as comunidades, contribuindo para a superação de eventuais barreiras linguísticas e para a adequada compreensão das orientações de saúde. No caso do povo Pirahã, que possui idioma próprio (língua Pirahã/Apaitsiiso), a mediação linguística e intercultural contará também com os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e com antropólogo, conforme prática das EMSI no território.

8.6. Com o objetivo de ampliar o acesso das populações indígenas aos serviços especializados de saúde, o modelo assistencial adotado pela AMDAF em territórios remotos é tradicionalmente estruturado em duas etapas complementares: uma etapa clínica realizada diretamente no território indígena e uma etapa cirúrgica realizada posteriormente em município de referência do DSEI.

8.7. Contudo, considerando as especificidades logísticas do território atendido neste Plano de Trabalho e a necessidade de avaliação mais detalhada da capacidade de deslocamento dos pacientes para unidades hospitalares de referência pelo DSEI, optou-se por executar, neste momento, exclusivamente a etapa clínica em território indígena.

8.8. A realização dessa etapa permitirá não apenas ampliar o acesso a consultas especializadas e exames diagnósticos, mas também identificar e dimensionar a demanda por procedimentos cirúrgicos, subsidiando o planejamento de uma eventual etapa cirúrgica futura a ser avaliada em conjunto com o DSEI, garantindo condições adequadas de logística, infraestrutura, segurança assistencial e acompanhamento pós-operatório.

8.9. Esse modelo busca fortalecer a articulação entre a atenção especializada e a atenção primária à saúde indígena, contribuindo para a redução das barreiras geográficas e estruturais de acesso à atenção especializada enfrentadas pelas populações indígenas em territórios remotos, ampliando a resolutividade da rede de atenção à saúde indígena. Ao articular ações itinerantes de atenção especializada com a estrutura permanente do SasiSUS, busca-se fortalecer a capacidade assistencial do território, apoiar a coordenação do cuidado pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e promover a continuidade do acompanhamento clínico dos pacientes pelas equipes do DSEI após a conclusão das atividades da missão.

Estratégia de Atendimento

Etapas 1 - Ação clínica em território indígena

A primeira etapa consiste na realização de uma ação clínica itinerante em território indígena, com duração aproximada de seis dias de atendimentos assistenciais, totalizando cerca de nove dias de missão (execução em campo prevista para 09 a 16/08/2026) considerando os períodos de deslocamento, instalação da estrutura e desmobilização da equipe. Há previsão de entrada antecipada da equipe de logística a partir do dia 6 de agosto.

A equipe assistencial será composta por aproximadamente 18 profissionais da Associação Médicos da Floresta (AMDAF), incluindo profissionais de saúde e equipe de apoio logístico.

O deslocamento da equipe e dos equipamentos até o território será realizado com apoio logístico do DSEI. Após a chegada, será estabelecida uma base de atendimento em cada comunidade previamente indicada pelo DSEI, considerando critérios de acessibilidade para as demais comunidades da região.

As estruturas existentes no território, como Polo Base, Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSi), embarcações, escolas comunitárias ou outros espaços comunitários, poderão ser utilizadas para instalação dos atendimentos e para o alojamento da equipe.

A organização do fluxo de pacientes será realizada previamente pelo DSEI, por meio das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela triagem inicial dos pacientes e pelo planejamento

logístico de deslocamento das comunidades até a base de atendimento durante os dias da ação.

Durante essa etapa serão realizadas as seguintes atividades assistenciais:

- Consultas médicas especializadas;
- Realização de exames oftalmológicos completos;
- Exames diagnósticos complementares, incluindo ultrassonografia e exames laboratoriais point-of-care;
- Prescrição de medicamentos conforme disponibilidade da rede e orientações terapêuticas;
- Entrega de óculos de grau para pacientes com necessidade de correção visual;
- Triagem de pacientes com indicação de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos.

Considerando o caráter temporário da ação no território, os casos clínicos que demandem acompanhamento contínuo (especialmente doenças crônicas ou condições que exijam seguimento longitudinal) serão discutidos entre os especialistas da missão e as equipes locais do DSEI.

A partir dessas discussões serão definidos planos terapêuticos e orientações clínicas que permitirão a continuidade do cuidado pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DIASI), responsáveis pela coordenação do cuidado nos territórios.

Esse processo contribui para fortalecer a integração entre as ações especializadas e a rede regular de atenção à saúde indígena, ampliando a resolutividade assistencial no território.

Durante toda a execução das atividades assistenciais será observado o respeito às práticas culturais e às formas tradicionais de cuidado presentes nas comunidades atendidas, reconhecendo o papel dos especialistas das medicinas indígenas na promoção do cuidado coletivo e na proteção da saúde nos territórios.

Etapas 2 - Eventual ação cirúrgica futura (condicionada à viabilidade logística e capacidade de deslocamento de pacientes e acompanhantes pelo DSEI)

O modelo assistencial da AMDAF prevê, após a realização da etapa clínica em território indígena, a organização de uma segunda etapa destinada à realização de procedimentos cirúrgicos em hospital localizado em município de referência do DSEI.

Entretanto, a execução dessa etapa depende da confirmação da capacidade logística de deslocamento dos pacientes das comunidades indígenas até o município de referência, bem como da disponibilidade de estrutura hospitalar adequada e de acolhimento nas Casas de Saúde Indígena (CASAI).

No caso específico deste território, tais condições ainda se encontram em avaliação pelo DSEI. Dessa forma, a presente proposta contempla apenas a realização da etapa clínica em território indígena, sendo a eventual organização de etapa cirúrgica futura condicionada aos resultados da triagem clínica e à avaliação conjunta da viabilidade logística.

Após a conclusão da etapa clínica em território, será realizada a consolidação dos dados assistenciais e a organização da lista de pacientes com indicação cirúrgica.

Na organização de eventual ação cirúrgica no futuro, os equipamentos cirúrgicos especializados serão enviados previamente ao município de referência, contando com apoio do DSEI para recebimento e armazenamento. Além disso, será necessária articulação da AMDAF e DSEI junto à Secretaria Municipal de Saúde local para disponibilização do centro cirúrgico nos dias das cirurgias programadas.

A equipe responsável por essa etapa será composta por aproximadamente nove profissionais, incluindo cirurgiões oftalmologistas, anestesistas, enfermeiros, técnicos e equipe de apoio logístico.

Após a chegada ao município, será realizada a montagem da estrutura cirúrgica e a avaliação pré-operatória dos pacientes previamente triados. Nessa etapa serão realizados exames complementares, orientações aos pacientes e acompanhantes sobre os procedimentos e cuidados pré-operatórios e pós-operatórios, bem como a organização do mapa cirúrgico para os dias subsequentes.

Durante a eventual ação cirúrgica, serão realizadas cirurgias para tratamento de catarata e pterígio. Após a realização das cirurgias, os pacientes permanecerão acolhidos na CASAI do município de referência por período de até dez dias, em acompanhamento pelas equipes da AMDAF e do DSEI, com realização de consultas e exames oftalmológicos diários por período de até sete dias. Esse acompanhamento permite monitorar a evolução clínica, orientar os cuidados pós-operatórios e reduzir o risco de complicações.

Após a alta médica, os pacientes e seus acompanhantes retornarão às suas comunidades com apoio logístico do DSEI. As equipes de saúde do território permanecerão responsáveis pela continuidade do acompanhamento clínico, garantindo a integração entre as ações especializadas realizadas no âmbito do projeto e a rede regular de atenção à saúde indígena.

Estrutura de Atendimento

Na etapa da ação clínica, a AMDAF contará com as estruturas locais para atendimento, tais como UBSi, escola, estrutura laboratorial, embarcações, entre outras existentes. Já na etapa cirúrgica, a AMDAF contará com as estruturas hospitalares mais próximas para utilização do centro cirúrgico e as CASAI.

Na etapa da ação clínica, a AMDAF contará com a disponibilização pelo DSEI de medicamentos e testes rápidos do RENAME para prescrição aos pacientes. Já na etapa cirúrgica, a AMDAF contará com a disponibilização pelo hospital de referência das medicações de anestesia de uso controlado. Em ambas as etapas, a AMDAF se responsabiliza pela disponibilização dos medicamentos específicos relacionados aos atendimentos de especialidade oftalmológica.

Na etapa da ação clínica, a AMDAF disponibilizará, óculos de grau, equipamentos para exames oftalmológicos (tabela de Snellen, autorrefrator, lâmpada de fenda, greens, biômetro), ultrassom portátil e hemograma point of care. Já na etapa cirúrgica, a AMDAF disponibilizará as lentes intraoculares para cirurgia de catarata e os equipamentos cirúrgicos, como facoemulsificador e microscópio cirúrgico oftalmológico.

Fluxo Assistencial

O fluxo de atendimento dos usuários consiste em:

- Triagem prévia pela equipe do DSEI e deslocamento dos usuários com apoio logístico do DSEI para a localidade definida como base de atendimento;
- Recepção e encaminhamento dos usuários para as filas de atendimento por especialidade;
- Realização de consultas, exames, prescrição de medicamentos e óculos, orientações terapêuticas, triagem de casos cirúrgicos e outros encaminhamentos conforme o caso;
- Encaminhamentos para continuidade do cuidado pela Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) e Departamento de Atenção Primária à Saúde (DIASI) do DSEI, que serão os responsáveis pela continuidade do cuidado dos pacientes.

9. COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES - POLO BASE HUMAITÁ

9.1. O relatório analítico do DSEI indica a necessidade das especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, infectologia e dermatologia, além de exames laboratoriais e ultrassonografia. Apesar do relatório do DSEI mencionar a necessidade potencial de especialidades médicas como dermatologia e infectologia, a composição da equipe sem estas especialidades, associada ao suporte por telemedicina com especialistas dessas áreas quando necessário, será suficiente para atender de forma adequada às demandas assistenciais do território. Portanto, a composição da equipe proposta contempla integralmente as demandas apontadas no relatório analítico do DSEI, considerando o perfil epidemiológico do povo Pirahã e as metas assistenciais estabelecidas.

9.2. Essa definição considera o objetivo de maximizar a resolutividade clínica no próprio território durante o período da missão, estratégia que tem se mostrado eficaz ao longo do histórico de atuação da equipe da AMDAF em contextos semelhantes.

9.3. Cabe destacar que casos que demandem exames complementares de maior complexidade, disponíveis apenas em unidades hospitalares de referência fora do território, serão identificados e adequadamente encaminhados para a rede de referência do Sistema Único de Saúde em articulação com o DSEI.

9.4. Da mesma forma, os 2 (dois) casos com indicação de cirurgia oftalmológica já previstos pelo DSEI, bem como outros identificados durante a triagem, serão documentados e encaminhados para realização em serviço de referência ou em eventual etapa cirúrgica futura.

9.5. Para a ação clínica em território indígena, considerando ainda as limitações logísticas para acesso às comunidades e a necessidade de otimização dos deslocamentos, prevemos a mobilização de uma equipe de aproximadamente 18 profissionais para atuação no Polo Base Humaitá, com entrada antecipada da equipe de logística para providências necessárias ao bom andamento do planejamento proposto.

9.6. Já para a eventual ação cirúrgica em município de referência, prevemos equipe de aproximadamente nove profissionais, contando com cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e apoio logístico.

9.7. As equipes serão compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, a composição final da equipe será confirmada com base na disponibilidade dos voluntários e nas demandas triadas pelo DSEI, podendo contar com os seguintes perfis:

Equipe Assistencial e Multiprofissional

Nome	CPF	CRM/CRO	Especialidade	Total
Ana Paula Dai Tanabe	220.875.608-89	CRM-SP 125.772 RQE 39.790	Oftalmologista	2
Celso Takashi Nakano	263.602.158-29	CRM-SP 100.668 RQE 103.231		
Bruna Abílio Gomes de Almeida	322.510.748-48	CRM-SP 134.773	Generalista	2
João Remesso Ferreira Reinaldi	442.076.328-08	CRM-SP 236.643		
Viviane Silva Borghi	419.036.528-98	CRM-MS 14.326 RQE 8.654	Pediatra	1
A confirmar	A confirmar	A confirmar	Clínico Geral	1
Tania Nishi	104.185.118-96	COREN-SP 45.361	Enfermeira	1
Helena Manfrinato Kastanopoulos	384.160.048-46	CRM-SP 196.944 RQE 102.566	Ginecologista	1
Antonia Cherly Aparecida Araujo	967.569.002-00	CRBM-PA 6943	Biomédica	1
Total de Profissionais				9

Equipe logística e operacional

Nome	Função	CPF	Total
Vitor Bastos Freitas de Almeida	Logística - coordenação de equipe	442.344.688-00	1
Marcia Mitiko Chayamiti	Cozinheira	091.625.908-04	1
Pedro Ernesto Pires de Souza	Logística - elétrica	349.708.688-67	2
Basílio Takashi Anno		051.272.248-01	
Dan de Almeida Ferraz Pellicciari	Comunicação	468.609.208-66	1

Wellington Pinheiro Pontes	Atividades de prevenção	360.075.378-97	3
Robin Hideyoshi Kayasima	em saúde; apoio	269.085.438-46	
Ediones Tatsuya Iriki	administrativo	264.087.298-27	
Total de profissionais			8

10. MODELO OPERACIONAL DA AÇÃO - YANOMAMI E YE'KWANA

10.1. O modelo operacional da ação está alinhado aos princípios do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), respeitando a organização territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e promovendo a articulação entre a atenção especializada e a rede de atenção primária à saúde indígena existente nos territórios.

10.2. A partir dos princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), o projeto reconhece os territórios indígenas como espaços socioculturais específicos nos quais os processos de cuidado em saúde são historicamente constituídos pela interação entre diferentes sistemas de conhecimento e práticas de cuidado. Nesse contexto, adota-se uma abordagem intercultural que busca promover o diálogo e a complementaridade entre o modelo biomédico e as medicinas tradicionais indígenas, em consonância com o conceito de intermedicalidade, conforme discutido na literatura sobre saúde indígena no Brasil.

10.3. Essa perspectiva entende que o cuidado em saúde nos territórios indígenas se organiza também a partir de sistemas próprios de conhecimento, mobilizados por especialistas das medicinas indígenas — como pajés, parteiras, benzedeiros, raizeiros e outros detentores de saberes tradicionais — cujas práticas integram dimensões físicas, espirituais, coletivas e territoriais do cuidado. Dessa forma, as ações assistenciais previstas neste plano serão desenvolvidas com respeito às práticas culturais e aos modos próprios de organização social das comunidades atendidas, buscando sempre que possível estabelecer diálogo e complementaridade entre os saberes biomédicos e os saberes tradicionais presentes nos territórios.

10.4. A operacionalização das atividades ocorrerá em articulação direta com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) responsável pelo território, respeitando a organização da rede assistencial do SasiSUS, composta pelos Polos Base, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSi) e Casas de Saúde Indígena (CAsAI), bem como a atuação das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela atenção primária e pela coordenação do cuidado nas comunidades.

10.5. Destacamos a participação indispensável dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nos atendimentos médicos, que atuam no apoio à comunicação intercultural entre a equipe assistencial e as comunidades, contribuindo para a superação de eventuais barreiras linguísticas e para a adequada compreensão das orientações de saúde. No caso do povo Yanomami, cujas comunidades falam predominantemente a língua materna — com maior limitação de compreensão do português nas comunidades Xamakorona e Kona Centro —, a mediação linguística e intercultural contará com os AIS das próprias comunidades, que atuam como intérpretes em todos os momentos da assistência, conforme prática das EMSI no território.

10.6. Com o objetivo de ampliar o acesso das populações indígenas aos serviços especializados de saúde, o modelo assistencial adotado pela AMDAF em territórios remotos é tradicionalmente estruturado em duas etapas complementares: uma etapa clínica realizada diretamente no território indígena e uma etapa cirúrgica realizada posteriormente em município de referência do DSEI.

10.7. Contudo, considerando as especificidades logísticas do território atendido neste Plano de Trabalho e a necessidade de avaliação mais detalhada da capacidade de deslocamento dos pacientes para unidades hospitalares de referência pelo DSEI, optou-se por executar, neste momento, exclusivamente a etapa clínica em território indígena.

10.8. A realização dessa etapa permitirá não apenas ampliar o acesso a consultas especializadas e exames diagnósticos, mas também identificar e dimensionar a demanda por procedimentos cirúrgicos, subsidiando o planejamento de uma eventual etapa cirúrgica futura a ser avaliada em conjunto com o DSEI, garantindo condições adequadas de logística, infraestrutura, segurança assistencial e acompanhamento pós-operatório.

10.9. Esse modelo busca fortalecer a articulação entre a atenção especializada e a atenção primária à saúde indígena, contribuindo para a redução das barreiras geográficas e estruturais de acesso à atenção especializada enfrentadas pelas populações indígenas em territórios remotos, ampliando a resolutividade da rede de atenção à saúde indígena. Ao articular ações itinerantes de atenção especializada com a estrutura permanente do SasiSUS, busca-se fortalecer a capacidade assistencial do território, apoiar a coordenação do cuidado pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e promover a continuidade do acompanhamento clínico dos pacientes pelas equipes do DSEI após a conclusão das atividades da missão.

Estratégia de Atendimento

Etapas 1 - Ação clínica em território indígena

A primeira etapa consiste na realização de uma ação clínica itinerante em território indígena, com duração aproximada de cinco dias de atendimentos assistenciais, totalizando cerca de nove dias de missão (execução em campo prevista para 22 a 30/08/2026) considerando os períodos de deslocamento, instalação da estrutura e desmobilização da equipe.

A equipe assistencial será composta por aproximadamente 13 profissionais da Associação Médicos da Floresta (AMDAF), incluindo profissionais de saúde e equipe de apoio logístico.

O deslocamento da equipe e dos equipamentos até o território será realizado com apoio logístico do DSEI. Após a chegada, será estabelecida uma base de atendimento em cada comunidade previamente indicada pelo DSEI, considerando critérios de acessibilidade para as demais comunidades da região.

As estruturas existentes no território, como Polo Base, Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSi), embarcações, escolas comunitárias ou outros espaços comunitários, poderão ser utilizadas para instalação dos atendimentos e para o alojamento da equipe.

A organização do fluxo de pacientes será realizada previamente pelo DSEI, por meio das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela triagem inicial dos pacientes e pelo planejamento logístico de deslocamento das comunidades até a base de atendimento durante os dias da ação.

Durante essa etapa serão realizadas as seguintes atividades assistenciais:

- Consultas médicas especializadas;
- Realização de exames oftalmológicos completos;
- Exames diagnósticos complementares, incluindo ultrassonografia e exames laboratoriais point-of-care;
- Prescrição de medicamentos conforme disponibilidade da rede e orientações terapêuticas;
- Entrega de óculos de grau para pacientes com necessidade de correção visual;
- Triagem de pacientes com indicação de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos.

Considerando o caráter temporário da ação no território, os casos clínicos que demandem acompanhamento contínuo (especialmente doenças crônicas ou condições que exijam seguimento longitudinal) serão discutidos entre os especialistas da missão e as equipes locais do DSEI.

A partir dessas discussões, serão definidos planos terapêuticos e orientações clínicas que permitirão a continuidade do cuidado pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) e pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DIASI), responsáveis pela coordenação do cuidado nos territórios.

Esse processo contribui para fortalecer a integração entre as ações especializadas e a rede regular de atenção à saúde indígena, ampliando a resolutividade assistencial no território.

Durante toda a execução das atividades assistenciais, será observado o respeito às práticas culturais e às formas tradicionais de cuidado presentes nas comunidades atendidas, reconhecendo o papel dos especialistas das medicinas indígenas na promoção do cuidado coletivo e na proteção da saúde nos territórios.

Etapa 2 - Eventual ação cirúrgica futura (condicionada à viabilidade logística e capacidade de deslocamento de pacientes e acompanhantes pelo DSEI)

O modelo assistencial da AMDAF prevê, após a realização da etapa clínica em território indígena, a organização de uma segunda etapa destinada à realização de procedimentos cirúrgicos em hospital localizado em município de referência do DSEI.

Entretanto, a execução dessa etapa depende da confirmação da capacidade logística de deslocamento dos pacientes das comunidades indígenas até o município de referência, bem como da disponibilidade de estrutura hospitalar adequada e de acolhimento nas Casas de Saúde Indígena (CASAI).

No caso específico deste território, tais condições ainda se encontram em avaliação pelo DSEI. Dessa forma, a presente proposta contempla apenas a realização da etapa clínica em território indígena, sendo a eventual organização de etapa cirúrgica futura condicionada aos resultados da triagem clínica e à avaliação conjunta da viabilidade logística.

Após a conclusão da etapa clínica em território, será realizada a consolidação dos dados assistenciais e a organização da lista de pacientes com indicação cirúrgica.

Na organização de eventual ação cirúrgica no futuro, os equipamentos cirúrgicos especializados serão enviados previamente ao município de referência, contando com apoio do DSEI para recebimento e armazenamento. Além disso, será necessária articulação da AMDAF e DSEI junto à Secretaria Municipal de Saúde local para disponibilização do centro cirúrgico nos dias das cirurgias programadas.

A equipe responsável por essa etapa será composta por aproximadamente nove profissionais, incluindo cirurgiões oftalmologistas, anestesistas, enfermeiros, técnicos e equipe de apoio logístico.

Após a chegada ao município, será realizada a montagem da estrutura cirúrgica e a avaliação pré-operatória dos pacientes previamente triados. Nessa etapa serão realizados exames complementares, orientações aos pacientes e acompanhantes sobre os procedimentos e cuidados pré-operatórios e pós-operatórios, bem como a organização do mapa cirúrgico para os dias subsequentes.

Durante a eventual ação cirúrgica, serão realizadas cirurgias para tratamento de catarata e pterígio. Após a realização das cirurgias, os pacientes permanecerão acolhidos na CASAI do município de referência por período de até dez dias, em acompanhamento pelas equipes da AMDAF e do DSEI, com realização de consultas e exames oftalmológicos diários por período de até sete dias. Esse acompanhamento permite monitorar a evolução clínica, orientar os cuidados pós-operatórios e reduzir o risco de complicações.

Após a alta médica, os pacientes e seus acompanhantes retornarão às suas comunidades com apoio logístico do DSEI. As equipes de saúde do território permanecerão responsáveis pela continuidade do acompanhamento clínico, garantindo a integração entre as ações especializadas realizadas no âmbito do projeto e a rede regular de atenção à saúde indígena.

Estrutura de Atendimento

Na etapa da ação clínica, a AMDAF contará com as estruturas locais para atendimento, tais como UBSi, escola, estrutura laboratorial, embarcações, entre outras existentes. Já na etapa cirúrgica, a AMDAF contará com as estruturas hospitalares mais próximas para utilização do centro cirúrgico e as CASAI.

Na etapa da ação clínica, a AMDAF contará com a disponibilização pelo DSEI de medicamentos e testes rápidos do RENAME para prescrição aos pacientes, bem como exames de hemograma realizados sob responsabilidade do DSEI. Já na etapa cirúrgica, a AMDAF contará com a disponibilização pelo hospital de referência das medicações de anestesia de uso controlado. Em ambas as etapas, a AMDAF se responsabiliza pela disponibilização dos medicamentos específicos relacionados aos atendimentos de especialidade oftalmológica.

Na etapa da ação clínica, a AMDAF disponibilizará óculos de grau, equipamentos para exames oftalmológicos (tabela de Snellen, autorrefrator, lâmpada de fenda, greens, biômetro) e ultrassom portátil. Já na etapa cirúrgica, a AMDAF disponibilizará as lentes intraoculares para cirurgia de catarata e os equipamentos cirúrgicos, como facoemulsificador e microscópio cirúrgico oftalmológico.

Fluxo Assistencial

O fluxo de atendimento dos usuários consiste em:

- Triagem prévia pela equipe do DSEI e deslocamento dos usuários com apoio logístico do DSEI para a localidade definida como base de atendimento;
- Recepção e encaminhamento dos usuários para as filas de atendimento por especialidade;
- Realização de consultas, exames, prescrição de medicamentos e óculos, orientações terapêuticas, triagem de casos cirúrgicos e outros encaminhamentos conforme o caso;
- Encaminhamentos para continuidade do cuidado pela Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) e Departamento de Atenção Primária à Saúde (DIASI) do DSEI, que serão os responsáveis pela continuidade do cuidado dos pacientes.

11. COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES - POLO BASE MARAUIÁ

11.1. O relatório analítico do DSEI indica a necessidade das especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e oftalmologia, além de exames laboratoriais e ultrassonografia obstétrica. Apesar do relatório do DSEI mencionar a necessidade potencial de especialidades médicas como infectologia e/ou pneumologia (tuberculose) e cardiologia, a composição da equipe sem estas especialidades, associada ao suporte por telemedicina com especialistas dessas áreas quando necessário, será suficiente para atender de forma adequada às demandas assistenciais do território. Portanto, a composição da equipe proposta contempla integralmente as demandas apontadas no relatório analítico do DSEI, considerando o perfil epidemiológico do povo Yanomami e as metas assistenciais estabelecidas.

11.2. Essa definição considera o objetivo de maximizar a resolutividade clínica no próprio território durante o período da missão, estratégia que tem se mostrado eficaz ao longo do histórico de atuação da equipe da AMDAF em contextos semelhantes.

11.3. Cabe destacar que casos que demandem exames complementares de maior complexidade, disponíveis apenas em unidades hospitalares de referência fora do território, serão identificados e adequadamente encaminhados para a rede de referência do Sistema Único de Saúde em articulação com o DSEI.

11.4. Da mesma forma, os casos com indicação de cirurgia oftalmológica identificados durante a triagem serão documentados e encaminhados para realização em serviço de referência ou em eventual etapa cirúrgica futura.

11.5. Para a ação clínica em território indígena, considerando ainda as limitações logísticas para acesso às comunidades e a necessidade de otimização dos deslocamentos, prevemos a mobilização de uma equipe de aproximadamente 13 profissionais para atuação no Polo Base Marauaiá, com entrada antecipada da equipe de logística para providências necessárias ao bom andamento do planejamento proposto.

11.6. Já para a eventual ação cirúrgica em município de referência, prevemos equipe de aproximadamente nove profissionais, contando com cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e apoio logístico.

11.7. As equipes serão compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, a composição final da equipe será confirmada com base na disponibilidade dos voluntários e nas demandas triadas pelo DSEI, podendo contar com os seguintes perfis:

Equipe Assistencial e Multiprofissional

Nome	CPF	CRM/CRO	Especialidade	Total
A confirmar	A confirmar	A confirmar	Oftalmologista	2
A confirmar	A confirmar	A confirmar	Pediatra	2
A confirmar	A confirmar	A confirmar	Clínico Geral	2
A confirmar	A confirmar	A confirmar	Enfermeira	1
A confirmar	A confirmar	A confirmar	Ginecologista	2
Total de Profissionais				9

Equipe logística e operacional

Nome	Função	CPF	Total
A confirmar	Logística - coordenação de equipe	A confirmar	1
A confirmar	Logística - elétrica	A confirmar	1
A confirmar	Apoio administrativo	A confirmar	1
A confirmar	Comunicação	A confirmar	1
Total de profissionais			4

12. EIXOS, METAS E RESULTADOS ESPERADOS

12.1. O escopo deste projeto abrange o desenvolvimento e a implementação de ações voltadas à qualificação da atenção integral à saúde dos Povos Indígenas, a promoção do acesso intercultural e qualificado às ações e serviços da Atenção Especializada, o respeito e valorização das Medicinas Indígenas, a qualificação dos dados e informações em saúde da Atenção Especializada, com transferência de recursos financeiros entre as partes para custeio de despesas relacionadas às ações.

12.2. As iniciativas previstas nesse acordo serão executadas de forma colaborativa entre a AgSUS e AMDAF, envolvendo qualificações técnicas, promoção da interculturalidade nas ações de atenção especializada, promoção de experiências e intercâmbios para o fortalecimento da integração entre as Medicinas Indígenas e convencional e qualificação dos dados e informações em saúde da atenção especializada, conforme descrito a seguir.

ACÇÃO 6: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AOS POVOS INDÍGENAS

Objetivo: Apoiar a ampliação e qualificação do acesso da população indígena à atenção especializada, promovendo a integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS), os serviços especializados e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Indígena, assegurando o atendimento qualificado e em consonância com as especificidades locais e com a Rede de Atenção à Saúde.

Meta: Apoiar a ampliação e qualificação da capacidade operacional para a execução das ações de atenção especializada direcionadas aos povos indígenas do DSEI Porto Velho.

Atividade 01: Realização de consultas médicas especializadas;

Atividade 02: Realização de exames oftalmológicos completos, incluindo avaliação de acuidade visual, refração, biomicroscopia e biometria;

Atividade 03: Entrega de óculos de grau para pacientes com indicação de correção visual;

Atividade 04: Realização de exames de ultrassonografia para avaliação ginecológica, obstétrica e clínica;

Atividade 05: Realização de exames laboratoriais point-of-care, como hemograma;

Atividade 06: Coleta de exames preventivos e testes rápidos para ISTs, conforme disponibilidade do DSEI;

Atividade 07: Avaliação clínica de pacientes pediátricos, incluindo acompanhamento do crescimento e investigação de infecções agudas;

Atividade 08: Identificação e triagem de pacientes com indicação de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos;

Atividade 09: Prescrição de medicamentos e encaminhamentos para continuidade do cuidado pelas equipes do DSEI.

Atividade 10: Atividades de prevenção em saúde, em alinhamento à estratégia SAFE de eliminação do tracoma preconizada pela Organização Mundial da Saúde.

Ação cirúrgica em município de referência

Após a realização da triagem cirúrgica durante a ação clínica e posteriormente confirmadas as condições logísticas de deslocamento dos pacientes pelo DSEI, propomos seja realizado um aditivo ao presente Plano de Trabalho para realizar uma segunda etapa voltada à realização de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos em hospital de referência indicado pelo DSEI.

Nesta etapa futura estão previstas as seguintes atividades:

- Avaliação pré-operatória dos pacientes selecionados;
- Realização de cirurgias oftalmológicas para tratamento de catarata e pterígio;
- Acompanhamento pós-operatório imediato e realização de consultas de retorno;
- Orientação aos pacientes e acompanhantes sobre cuidados pós-operatórios;
- Articulação com as equipes do DSEI para continuidade do acompanhamento após retorno às comunidades.

Essa estratégia em duas etapas permite otimizar a utilização de recursos, ampliar a resolutividade da ação e garantir maior efetividade no tratamento das condições identificadas durante os atendimentos clínicos.

Metas Quantitativas Estimadas	
Área / Indicador	Meta Estimada
Oftalmologia	210 consultas
	420 exames
Pediatria / Saúde da Criança	130 consultas
Ginecologia / Saúde da Mulher	60 consultas
Clínica Médica	200 consultas*
Exames bioquímicos	100 exames
Ultrassonografia	35 exames
Dispensação de Óculos	63 óculos*

Notas explicativas:

1. Clínica Médica: Meta ajustada de 310 para 200 consultas após revisão do perfil populacional da faixa etária elegível (220 pessoas de 10 a 45 anos e 20 acima de 45 anos), realizada pela AgSUS e confirmada pelo DSEI.
2. Dispensação de Óculos: Item incluído com base no histórico da ONG (estimativa de 30% de prescrições sobre o total de atendimentos oftalmológicos), visto que o quantitativo não constava no relatório da SESAI.

Resultados esperados:

- Ampliação do acesso a consultas especializadas;
- Redução de demandas reprimida por atendimentos especializados;
- Diminuição da necessidade de remoções sanitárias;
- Fortalecimento da rede de atenção à saúde indígena;
- Redução das desigualdades no acesso à saúde especializada;
- Melhoria da qualidade da atenção à saúde indígena;
- Fortalecimento da integração entre atenção primária e serviços especializados;
- Otimização da utilização da rede hospitalar de referência.

Com a execução do Plano de Trabalho, esperamos os seguintes resultados quantitativos, calculados com base na estimativa de capacidade de mobilização e organização do fluxo de pacientes pelo DSEI e nas metas do relatório analítico do DSEI PVH: 478 pacientes (totalidade da população da Terra Indígena Pirahã), com 600 atendimentos em até 5 dias de atendimento.

A capacidade total de atendimento pelos profissionais da AMDAF será organizada levando em conta a capacidade de organização e mobilização diária de pacientes pelo DSEI, sendo a capacidade média diária de atendimento por médico estimada por especialidade conforme abaixo.

Capacidade diária média de atendimento por médico por especialidade:

- Oftalmologia: 50 consultas.
- Pediatria: 25 consultas.
- Ginecologia/Obstetrícia: 15 consultas.
- Clínica: 25 consultas.

A capacidade diária média de exames considerou o número total de ultrassons estimados pelo DSEI (35) e a capacidade média diária de 20 hemogramas, totalizando até 100 exames em 5 dias de atendimento. Quanto ao número previsto para dispensação de óculos, optou-se por não estabelecer estimativa diária de dispensação tendo em vista a dependência da indicação da avaliação oftalmológica no momento do atendimento.

Meta: Apoiar a ampliação e qualificação da capacidade operacional para a execução das ações de atenção especializada direcionadas aos povos indígenas do **DSEI Yanomami e Ye'kwana**.

Atividade 01: Realização de consultas médicas especializadas;

Atividade 02: Realização de exames oftalmológicos completos, incluindo avaliação de acuidade visual, refração, biomicroscopia e biometria;

Atividade 03: Entrega de óculos de grau para pacientes com indicação de correção visual;

Atividade 04: Realização de exames de ultrassonografia para avaliação ginecológica, obstétrica e clínica;

Atividade 05: Realização de exames laboratoriais point-of-care, como hemograma;

Atividade 06: Coleta de exames preventivos e testes rápidos para ISTs conforme disponibilidade do DSEI;

Atividade 07: Avaliação clínica de pacientes pediátricos, incluindo acompanhamento do crescimento e investigação de infecções agudas;

Atividade 08: Identificação e triagem de pacientes com indicação de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos;

Atividade 09: Prescrição de medicamentos e encaminhamentos para continuidade do cuidado pelas equipes do DSEI.

Ação cirúrgica em município de referência

Após a realização da triagem cirúrgica durante a ação clínica e posteriormente confirmadas as condições logísticas de deslocamento dos pacientes pelo DSEI, propomos seja realizado um aditivo ao presente Plano de Trabalho para realizar uma segunda etapa voltada à realização de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos em hospital de referência indicado pelo DSEI.

Nesta etapa futura estão previstas as seguintes atividades:

- Avaliação pré-operatória dos pacientes selecionados;
- Realização de cirurgias oftalmológicas para tratamento de catarata e pterígio;
- Acompanhamento pós-operatório imediato e realização de consultas de retorno;
- Orientação aos pacientes e acompanhantes sobre cuidados pós-operatórios;
- Articulação com as equipes do DSEI para continuidade do acompanhamento após retorno às comunidades.

Essa estratégia em duas etapas permite otimizar a utilização de recursos, ampliar a resolutividade da ação e garantir maior efetividade no tratamento das condições identificadas durante os atendimentos clínicos.

Metas Quantitativas Estimadas	
Área / Indicador	Meta Estimada

Oftalmologia	250 consultas
	500 exames
Pediatria / Saúde da Criança	150 consultas
Ginecologia / Saúde da Mulher	150 consultas
Clínica Médica	250 consultas
Exames bioquímico	100 exames*
Ultrassonografia	80 exames
Dispensação de Óculos	75 óculos*

Notas explicativas:

1. Exames Bioquímicos: Meta ajustada de 150 para 100 exames, com base no histórico das expedições e na capacidade operacional de processamento da biomédica (20 exames/dia durante 5 dias).
2. Dispensação de Óculos: Meta readequada de 350 para 75 óculos. A estimativa original foi corrigida para alinhar-se à projeção realista de prescrição (30% dos pacientes atendidos na oftalmologia).

Resultados esperados:

- Ampliação do acesso a consultas especializadas;
- Redução de demandas reprimida por atendimentos especializados;
- Diminuição da necessidade de remoções sanitárias;
- Fortalecimento da rede de atenção à saúde indígena;
- Redução das desigualdades no acesso à saúde especializada;
- Melhoria da qualidade da atenção à saúde indígena;
- Fortalecimento da integração entre atenção primária e serviços especializados;
- Otimização da utilização da rede hospitalar de referência.

Com a execução do Plano de Trabalho esperamos os seguintes resultados quantitativos, calculados com base na estimativa de capacidade de mobilização e organização do fluxo de pacientes pelo DSEI e nas metas do relatório analítico do DSEI Yanomami e Ye'kwana (Polo Base Marauíá).

A capacidade total de atendimento pelos profissionais da AMDAF será organizada levando em conta a capacidade de organização e mobilização diária de pacientes pelo DSEI, sendo a capacidade média diária de atendimento por médico estimada por especialidade conforme abaixo:

Capacidade diária média de atendimento por médico por especialidade:

- Oftalmologia: 50 consultas.
- Pediatria: 25 consultas.
- Ginecologia/Obstetrícia: 15 consultas.
- Clínica: 25 consultas.

A capacidade diária média de exames considerou o número total de ultrassons estimados pelo DSEI (80) e a capacidade média diária de 20 hemogramas, totalizando até 100 exames em 5 dias de atendimento. Quanto ao número previsto para dispensação de óculos, optou-se por não estabelecer estimativa diária de dispensação tendo em vista a dependência da indicação da avaliação oftalmológica no momento do atendimento.

13. GESTÃO DE RISCOS

13.1. Com o objetivo de apoiar o planejamento, o monitoramento e a execução das ações previstas neste Plano de Trabalho, será elaborada Matriz de Riscos pela Unidade de Planejamento e Gestão Estratégica (UPGE) da AgSUS, contemplando a identificação, análise e definição de medidas de mitigação para os principais riscos técnicos, operacionais, logísticos e institucionais relacionados à implementação das atividades. A Matriz de Riscos será anexada a este Plano de Trabalho, passando a integrá-lo como instrumento de apoio à gestão e acompanhamento da execução das ações previstas.

14. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

14.1. As ações demandadas, após detalhamento dos seus objetivos, metas e resultados esperados, necessitam de detalhamento sobre a execução das ações de saúde, para garantir que sejam realizadas de forma coordenada, eficiente e sensível às especificidades dos territórios.

14.2. O monitoramento das ações será realizado por meio de indicadores de desempenho de processos com sua respectiva meta, denominada alcance. Adota-se a lógica de eficácia para composição da tipologia dos indicadores a serem alcançados pelo partícipe após a apresentação do detalhamento das atividades a serem realizadas por meio da apresentação do Relatório de Atividades.

14.3. O quadro exemplificativo abaixo apresenta a ação, a meta, os resultados esperados, e os respectivos indicadores:

Quadro 1 - Quadro exemplificativo por ação:

Ação X Objetivo da ação: xxxxxxxxxxxxxx Meta X: xxxxxxxxxxxx Resultado esperado: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx			
Nº	Indicador	Tipo	Alcance
1	Percentual de Execução de Procedimentos por Atividade 01	Eficácia	Nº previsto na Atividade 01

Legenda explicativa sobre os Quadros Resumos:
- Nº é o número sequencial que identifica o Indicador de Desempenho;
- Alcance é a meta estabelecida para o período anual, como por exemplo 200 atendimentos oftalmológicos.

A execução do ACT será monitorada a partir do encerramento de cada ação, considerando os resultados dos indicadores e as atividades descritas no Programa de Trabalho, anexo ao Acordo de Cooperação Técnica.

Quadro 2 - Mensuração de alcance individual das atividades

Alcance Observado	Nota
> 95%	10
De 90% a 95,99%	9
De 80% a 89,99%	8
De 65% a 79,99%	7
De 50% a 64,99%	6
< 50%	0

*Nota: Entende-se por Alcance Observado a proporção do Resultado Observado em relação ao Quantitativo Estabelecido pela Atividade.

O resultado **final** da avaliação será a média do percentual do Alcance Observado dos resultados obtidos nas avaliações dos indicadores por **atividade**. A nota média global está associada a um respectivo conceito a ser classificado.

Quadro 3 - Mensuração de alcance final das atividades.

Nota Média Global	Conceito
9,0 a 10,0 pontos	Superou o resultado esperado.
7,5 a 8,9 pontos	Atingiu plenamente o resultado esperado.
6,0 a 7,4 pontos	Atingiu parcialmente o resultado esperado.
Abaixo de 6,0 pontos	Não atingiu o resultado esperado.

Para o adequado monitoramento das ações propostas, deverão ser observadas as notas dos resultados alcançados em cada indicador, e posteriormente o conceito relativo à nota média global de alcance do desempenho da contratada.

Quadro 4 - Detalhamento das Fichas de Qualificação dos Indicadores

Indicador nº 1 - Percentual de Execução de Procedimentos por Atividade	
Objetivo	Este indicador mensura a proporção entre os procedimentos de Atenção Especializada aos Povos Indígenas efetivamente realizados e o quantitativo previsto no planejamento operacional de cada DSEI. Sua finalidade é monitorar o desempenho técnico das equipes e a entrega física das atividades pactuadas.

Método de cálculo	$\frac{\text{Total de Procedimentos Realizados por Atividade}}{\text{Total de Resultados Previstos}} \times 100$
Unidade de medida	Percentual (%)
Periodicidade de monitoramento	A partir do encerramento de cada ação, conforme o Plano de Trabalho.
Limitações / Riscos	1. Barreiras geográficas, tecnológicas e/ou de transporte que dificultam a participação das equipes.
Classificação do Indicador	Eficácia

Autor: Elaboração do Autor

Indicador nº 2 - Percentual de Alcance Geral dos Resultados Esperados	
Objetivo	Mensurar o cumprimento das atividades de Atenção Especializada Indígena, comparando a produção realizada com a programada para avaliação do desempenho técnico-operacional.
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de Procedimentos Realizados}}{\text{Total de Resultados Esperados}} \times 100$
Unidade de medida	Percentual (%)
Periodicidade de monitoramento	A partir do encerramento de cada ação, conforme o Plano de Trabalho.
Limitações / Riscos	1. Barreiras geográficas, tecnológicas e/ou de transporte que dificultam a participação das equipes.
Classificação do Indicador	Eficácia

Autor: Elaboração do Autor

Indicador nº 3 - Percentual de Alcance Específico das Atividades Programadas	
Objetivo	Mensurar o percentual médio de execução das atividades de Atenção Especializada Indígena (consultas, exames e procedimentos), utilizando a Média das Proporções para garantir o alcance esperado.
Método de cálculo	$\frac{\begin{array}{c} \% \text{ de Execução Atv. 01} \\ + \\ \% \text{ de Execução Atv. 02} \end{array}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Atividades Previstas no Plano}}$
Unidade de medida	Média das Proporções
Periodicidade de monitoramento	A partir do encerramento de cada ação, conforme o Plano de Trabalho.
Limitações / Riscos	1. Barreiras geográficas, tecnológicas e/ou de transporte que dificultam a participação das equipes.
Classificação do Indicador	Eficácia.

Autor: Elaboração do Autor

Indicador nº 4 - Percentual Execução Orçamentária	
Objetivo	Monitorar o nível de utilização dos recursos financeiros alocados para a operação, confrontando o orçamento planejado com a despesa efetivamente liquidada, visando identificar o grau de eficiência na aplicação do recurso e a ocorrência de saldos remanescentes (não utilizados).

Método de cálculo	$\frac{\text{Valor Executado}}{\text{Valor Planejado}} \times 100$
Unidade de medida	Percentual (%)
Periodicidade de monitoramento	A partir do encerramento de cada ação, conforme o Plano de Trabalho.
Limitações / Riscos	1. Barreiras geográficas, tecnológicas e/ou de transporte que dificultam a participação das equipes.
Classificação do Indicador	Eficácia.

Autor: Elaboração do Autor

15. LOGÍSTICA OPERACIONAL E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO - DSEI PORTO VELHO

Transporte das equipes

Transporte aéreo e terrestre: está previsto o transporte aéreo até Porto Velho através de voo comercial; deslocamento terrestre, de Porto Velho a Humaitá (cerca de 200 km, condicionado aos horários de funcionamento da balsa) e de Humaitá até a Ponte do Maici pela Rodovia Transamazônica — BR-230 (cerca de 85 km); e deslocamento fluvial de aproximadamente 4 horas até a comunidade de Forquilha Grande, com apoio de embarcações do Exército Brasileiro (5), do DSEI Porto Velho (2) e da Frente de Proteção Etnoambiental da FUNAI (1), com motorização de 40 a 50 HP e capacidade aproximada de 7 passageiros por embarcação.

Transporte de equipamentos e insumos

Transporte aéreo, terrestre e fluvial: está previsto o envio prévio da carga através de transporte aéreo, terrestre e fluvial com seguro até Porto Velho, com posterior deslocamento terrestre e fluvial até o território com apoio logístico do DSEI e das instituições parceiras.

Infraestrutura de apoio

O alojamento e alimentação das equipes da AMDAF em território indígena ocorrerá nas instalações disponíveis, tais como a UBSi da aldeia Forquilha Grande, o ponto de apoio da Frente de Proteção Etnoambiental da FUNAI e a estrutura da aldeia Piquiá, contemplando as adequações previstas pelo DSEI/SESANI (redários, melhorias nos banheiros, pontos de banho e ampliação do armazenamento de água).

Será necessário contar com infraestrutura local de fornecimento de eletricidade, por meio dos 2 (dois) motores geradores a óleo diesel existentes nas aldeias de apoio, com combustível provisionado e complemento de gerador mediante necessidade. Além disso, prevemos o deslocamento de baterias para os atendimentos nas comunidades sem abastecimento de energia. A AMDAF disponibilizará uma antena starlink para garantir o acesso à internet durante a ação.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO		
Fase	Etapas	Atividades
1ª	Planejamento — Julho/2026	Definição detalhada das atividades e criação dos grupos de trabalho.
	Julho/2026	Visitas prévias para mapeamento de necessidades; pactuações locais e avaliação de especificidades.
	Julho e início de agosto/2026	Mobilização logística para garantia da execução da ação clínica.
2ª	Julho e início de agosto/2026 Implementação — Agosto/2026 (execução em campo de 09 a 16/08/2026)	Execução das ações para cumprimento do objeto; monitoramento e avaliação das ações.
3ª	Prestação de contas	Elaboração dos relatórios e prestação de contas.

16. LOGÍSTICA OPERACIONAL E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO - DSEI YANOMAMI E YE'KWANA

Transporte das equipes

Transporte aéreo e fluvial: está previsto o transporte aéreo até Boa Vista através de voo comercial; deslocamento aéreo até Santa Isabel do Rio Negro e voo de aproximadamente 30 minutos até a pista de pouso da comunidade Missão Marauíá, com apoio logístico do DSEI (COLOG/DIGETRA). Os deslocamentos do Polo Base às comunidades serão realizados por via fluvial pelo rio Marauíá, com apoio de embarcações do DSEI Yanomami e Ye'kwana com motorização de 40 HP, considerando tempos de deslocamento de 40 minutos a 12 horas entre a base e as comunidades, conforme relatório analítico do DSEI.

Transporte de equipamentos e insumos

Transporte aéreo e fluvial: está previsto o envio prévio da carga através de transporte aéreo com seguro até Manaus, Boa Vista e Santa Isabel do Rio Negro, com posterior deslocamento aéreo e fluvial até o território com apoio logístico do DSEI e das instituições parceiras.

Infraestrutura de apoio

O alojamento e alimentação das equipes da AMDAF em território indígena ocorrerá nas instalações disponíveis, tais como o posto/alojamento do Polo Base Marauíá, a UBSi da comunidade Marauíá e demais estruturas comunitárias, contemplando as adequações previstas pelo DSEI/DISANI (redários, melhorias nos banheiros, pontos de banho e ampliação do armazenamento de água).

Será necessário contar com infraestrutura local de fornecimento de eletricidade, por meio do sistema fotovoltaico existente na comunidade Missão Marauíá de capacidade limitada, com complemento de gerador e combustível provisionado. Além disso, prevemos o deslocamento de baterias para os atendimentos nas comunidades sem abastecimento de energia. A AMDAF disponibilizará uma antena starlink para garantir o acesso a internet durante a ação.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO		
Fase	Etapa	Atividades
1ª	Planejamento — Julho/2026	Definição detalhada das atividades e criação dos grupos de trabalho.
	Julho/2026	Visitas prévias para mapeamento de necessidades; pactuações locais e avaliação de especificidades.
	Julho e início de agosto/2026	Mobilização logística para garantia da execução da ação clínica.
2ª	Implementação — Agosto/2026 (execução em campo de 22 a 30/08/2026)	Execução das ações para cumprimento do objeto; monitoramento e avaliação das ações.
3ª	Prestação de contas	Elaboração dos relatórios e prestação de contas.

17. PLANEJAMENTO FINANCEIRO DAS DESPESAS

17.1. O planejamento financeiro das despesas será apresentado pelo partícipe responsável pela execução das ações e constituirá anexo integrante deste Plano de Trabalho.

18. DISPOSIÇÕES FINAIS

18.1. Este Plano de Trabalho constitui o instrumento técnico que orientará a execução do Acordo de Cooperação Técnica firmado entre a AgSUS e a AMDAF, devendo ser utilizado como referência obrigatória pelas equipes envolvidas na execução das ações pactuadas.

18.2. As atividades, metas, cronogramas e indicadores descritos neste plano poderão ser ajustados conforme a dinâmica dos territórios e a realidade operacional verificada durante a execução, desde que mediante justificativa técnica da Câmara Técnica e aprovação do Comitê Gestor, respeitados os limites estabelecidos no Acordo de Cooperação.

18.3. O presente plano será objeto de revisões periódicas, com atualização das estratégias, prazos e recursos necessários à plena consecução dos objetivos, devendo tais revisões ser registradas em documento próprio e incorporadas como anexos formais ao Acordo de Cooperação Técnica.

18.4. As ações previstas neste Plano de Trabalho deverão observar as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as normativas técnicas e administrativas estabelecidas pela AgSUS e pela SESAI.

18.5. Os materiais, insumos, melhorias e/ou equipamentos adquiridos para a realização da ação poderão ser doados para o Distrito Sanitário Especial Indígena que sediará a ação.

18.6. Os resultados alcançados e os desafios enfrentados na execução deste Plano deverão ser sistematizados em relatórios técnicos, que subsidiarão as tomadas de decisão, a prestação de contas e a formulação de futuras estratégias de expansão e qualificação da atenção especializada em contextos indígenas de difícil acesso.

ANEXO - PLANEJAMENTO FINANCEIRO DAS DESPESAS

Despesas de Execução - DSEI Porto Velho

PLANEJAMENTO - PREVISÃO DE CUSTOS OPERACIONAIS: AÇÃO CLÍNICA DSEI PVH				
RUBRICA	PREVISÃO DESPESAS AgSUS	CONTRAPARTIDA AMDAF	CONTRAPARTIDA DSEI	OBS:
Medicamentos e Equipamentos		R\$ 112.000,00		Medicamentos oftalmológicos (R\$ 10.000,00), óculos (R\$ 2.000,00), e equipamentos (R\$ 100.000,00)
Acordo de Cooperação Técnica 48 (0667305)		SEI AGSUS-019076/2026-117		pg. 25

Equipe multidisciplinar de voluntários		R\$ 476.000,00		multidisciplinar de voluntários da AMDAF para atuação na expedição, composta por até 17 integrantes, com dedicação média de 14 horas diárias durante até 8 dias de disponibilidade para atender aos compromissos da expedição, incluindo mobilização logística e permanência em território. A estimativa foi calculada mediante adoção de valor referencial de R\$ 250,00 por hora de dedicação do voluntário, exclusivamente para fins de valoração da contrapartida da entidade e composição do orçamento da parceria, não configurando remuneração diária, ajuda de custo ou qualquer forma de pagamento aos voluntários.
Exames laboratoriais - Insumos e profissional técnico	R\$ 12.919,50			Contratação de biomédico como profissional técnico para coordenar os exames laboratoriais, considerada a diária de R\$335,00 para 9 dias, valor com referência no Decreto 11.872/2023. (R\$ 3.015) + até 30% de tributos para Recibo de Pagamento de Autônomo (R\$ 904,5) Aquisição de kits para hemograma ao custo unitário aproximado de R\$20,00, considerando 100 exames. (R\$ 2.000) Aquisição de outros insumos para exames laboratoriais (R\$ 7.000)
Profissional de cozinha para pacientes/equipes e mobiliário.	R\$ 34.750,00		Disponibilização de infraestrutura local de painéis, cozinha e cozinha	Contratação de três auxiliares de cozinha, considerada a diária de R\$250,00 para até 10 dias (R\$ 7.500,00) + até 30% de tributos para Recibo de Pagamento de Autônomo (R\$ 2.250,00) (R\$ 9.750,00) Equipamentos e utensílios de cozinha, EPI e materiais de limpeza conforme lista de 88 itens levantada para a ação — fogões industriais, freezers, painéis industriais, botijões de gás, caixas térmicas etc. (R\$ 25.000,00)
				Frete aéreo de equipamentos até Porto Velho com seguro - ida e volta (R\$ 12.000,00) Lâmpadas, tomadas, fios para extensões (R\$ 2.000,00) Combustível para gerador (R\$ 5.000,00)

Logística de carga e infraestrutura	R\$51.000,00			Materiais de uso geral, papéis, canetas, pranchetas, arquivos, etc... (R\$ 1.000,00) Impressões de papelaria (R\$ 3.000,00) Macas e mobiliário para atendimento (R\$ 3.000,00) Materiais para adequação estrutural dos pontos de apoio — redários, melhorias em banheiros, chuveiros e caixas d'água, execução pelo DSEI/SESANI (R\$ 25.000,00)
Logística de transporte dos usuários	R\$ 16.500,00		Disponibilização de embarcações com pilotos	1.500L de gasolina para as embarcações (10/L = R\$ 15.000,00) + 25L de óleo lubrificante 2T (60/L = R\$ 1.500,00), conforme relatório analítico do DSEI.
Transporte, hospedagem e alimentação da equipe em trânsito	R\$134.280,00		Disponibilização de veículos, embarcações e motoristas para transporte terrestre e fluvial	Diária de hotel em Porto Velho estimada em R\$300 para 17 pessoas em até 2 dias (R\$ 10.200,00). Alimentação considerando R\$40,00 por refeição, 3 refeições por dia, por 2 dias (R\$ 4.080,00) - (R\$ 14.280,00) Passagens aéreas para 17 pessoas SP - PVH, considerando tarifa de R\$ 6.500,00 por passagem) (R\$ 110.500,00) Combustível para deslocamento terrestre da equipe assistencial - 650L (R\$ 6.500,00) Taxi para deslocamento terrestre nos municípios (R\$ 3.000,00)
Alimentação dos usuários e equipe em área indígena	R\$ 47.050,00		Disponibilização de cozinha e cozinha para equipe em território.	Alimentação para pacientes e acompanhantes (R\$ 25.000,00) Compras de supermercado para alimentação em área indígena de equipe assistencial de até 35 pessoas em até 7 dias, considerada média de R\$90 por pessoa por dia. (R\$ 22.050,00)
Previsão para Contingências	R\$ 15.000,00			Destinada a atender necessidades operacionais.
Custos administrativos e manutenção interna	R\$ 31.149,95			Manutenção dos serviços internos da ONG e custos administrativos.
TOTAL	R\$ 342.649,45	R\$ 588.000,00		R\$ 930.649,45

Despesas de Execução - DSEI Yanomami e Ye'kwana

PLANEJAMENTO - PREVISÃO DE CUSTOS OPERACIONAIS: AÇÃO CLÍNICA DSEI YANOMAMI E YE'KWANA (POLO BASE MARAUIÁ)				
RUBRICA	PREVISÃO DESPESAS	CONTRAPARTIDA	CONTRAPARTIDA	OBS:

	AgSUS	AMDAF	DSEI	
Medicamentos e Equipamentos		R\$ 112.000,00		Medicamentos oftalmológicos (R\$ 10.000,00), óculos (R\$ 2.000,00), e equipamentos (R\$ 100.000,00)
Equipe multidisciplinar de voluntários		R\$ 409.500,00		Disponibilização de equipe multidisciplinar de voluntários da AMDAF para atuação na expedição, composta por até 13 integrantes, com dedicação média de 14 horas diárias durante até 9 dias de disponibilidade para atender aos compromissos da expedição incluindo mobilização logística e permanência em território. A estimativa foi calculada mediante adoção de valor referencial de R\$ 250,00 por hora de dedicação do voluntário, exclusivamente para fins de valoração da contrapartida da entidade e composição do orçamento da parceria, não configurando remuneração diária, ajuda de custo ou qualquer forma de pagamento aos voluntários.
Medicamentos e insumos	R\$20.000,00			Estimativa a partir de relação de itens em falta enviada pelo DSEI
Exames laboratoriais - Insumos	R\$ 5.000,00		Disponibilização de exames laboratoriais de hemograma: equipamento, profissional e kits.	Aquisição de outros insumos para exames laboratoriais (R\$ 5.000,00)
Profissional de cozinha para pacientes/equipes e mobiliário	R\$ 29.750,00		Disponibilização de infraestrutura local de panelas, cozinha e cozinheira	Contratação de três auxiliares de cozinha, considerada a diária de R\$250,00 para até 10 dias (R\$ 7.500,00) + até 30% de tributos para Recibo de Pagamento de Autônomo (R\$ 2.250,00) (R\$ 9.750,00) Equipamentos e utensílios de cozinha, EPI e materiais de limpeza — fogões industriais, painéis industriais, botijões de gás, caixas térmicas etc. (R\$ 20.000,00)
Logística de carga e	R\$		Aquisição pela AMDAF,	Frete aéreo de equipamentos até Boa Vista/Manaus/Santa Isabel do Rio Negro com seguro - ida e volta (R\$ 50.000,00) Lâmpadas, tomadas, geradores, fios para extensão e adaptação da rede de abastecimento de energia, execução pelo DSEI/DISANI (R\$ 55.000,00) Combustível para gerador, considerando a capacidade limitada do sistema fotovoltaico local (R\$ 5.000,00)

infraestrutura	126.000,00		instalação/execução pelo DSEI/DISANI	Materiais de uso geral, papéis, canetas, pranchetas, arquivos, etc... (R\$ 3.000,00) Impressões de papelaria (R\$ 5.000,00) Macas e mobiliário para atendimento (R\$ 3.000,00) Materiais para adequação estrutural dos pontos de apoio — redários, melhorias em banheiros, chuveiros e caixas d'água, execução pelo DSEI/DISANI (R\$ 5.000,00)
Logística de transporte dos usuários	R\$ 27.900,00		Disponibilização de embarcações com pilotos	2.400L de gasolina para as embarcações (10/L = R\$ 24.000,00) + 65L de óleo lubrificante 2T (60/L = R\$ 3.900,00), considerando deslocamentos fluviais de 40 minutos a 12 horas entre a base e as comunidades, conforme relatório analítico do DSEI.
Transporte, hospedagem e alimentação da equipe em trânsito	R\$ 144.440,00		Disponibilização de transporte aéreo Boa Vista/Santa Isabel do Rio Negro - Marauíá para equipe e carga (COLOG/DIGETRA)	Diária de hotel em Boa Vista/Santa Isabel do Rio Negro estimada em R\$ 350,00 para 13 pessoas até 4 dias (R\$ 18.200,00). Alimentação considerando R\$ 40,00 por refeição, 3 refeições por dia, até 4 dias (R\$6.240,00) - (R\$24.440,00) Passagens aéreas para 13 pessoas SP - Manaus/Boa Vista, considerando tarifa de R\$9.000,00 por passagem (R\$ 117.000,00) Taxi para deslocamento terrestre nos municípios (R\$ 3.000,00)
Alimentação dos usuários e equipe em área indígena	R\$ 25.200,00		Disponibilização de cozinha e cozinha para equipe em território	Compras de supermercado para alimentação em área indígena de equipe assistencial e apoio de até 35 pessoas em até 8 dias, considerada média de R\$90 por pessoa por dia. (R\$ 25.200,00)
Previsão para Contingências	R\$ 15.000,00			Destinada a atender necessidades operacionais.
Custos administrativos e manutenção interna	R\$39.329,00			Manutenção dos serviços internos da ONG e custos administrativos
TOTAL	R\$ 432.619,00	R\$ 521.500,00		R\$ 954.119,00



Documento assinado eletronicamente por **Andre Longo Araujo De Melo, Diretor(a) - Presidente**, em 07/08/2026, às 06:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **CELSO TAKASHI NAKANO, Usuário Externo**, em 07/08/2026, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jhonanthan Fagundes Turisco Moraes, Coordenador(a) de Articulação e Apoio Administrativo da Saúde Indígena**, em 07/08/2026, às 15:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Talita Turmina, Coordenador(a) da Atenção Especializada na Saúde Indígena**, em 07/08/2026, às 15:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

http://sei.agenciasus.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0667305** e o código CRC **B5DDF694**.

Referência: Processo nº AGSUS.019678/2026-11

SEI nº 0667305