

DESLOCAMENTOS DA POPULAÇÃO INDÍGENA PARA ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA AÇÕES EMERGENCIAIS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19

Fernando Damasco*
Universidade Federal Fluminense

Marta Antunes**
Museu Nacional - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Marta Azevedo***
Universidade de Campinas

Resumo: Este artigo apresenta elementos geográficos e estatísticos para subsidiar ações emergenciais de enfrentamento à COVID-19 junto aos povos indígenas. Nele estão reunidos dados sobre deslocamento para acesso a serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade (IBGE, 2020b) e estimativas de população indígena residente em Terras e Agrupamentos Indígenas construídas pelos autores a partir de dados do Censo Demográfico 2010 e da Base de Informação sobre Indígenas (IBGE, 2012, 2020a). A partir da avaliação dessas informações sobre a presença nos municípios brasileiros de população residente em terras e agrupamentos indígenas e da existência ou não de polos de alta complexidade nesses municípios, recomendações são apresentadas sobre quais os municípios prioritários para reforçar o atendimento emergencial aos povos indígenas para enfrentamento da COVID-19.

Palavras chave: Atenção Emergencial à Saúde dos Povos Indígenas; Polos de atendimento aos povos indígenas; Covid-19.

Indigenous geographical mobility to access healthcare services: elements for emergency healthcare actions on the fight against COVID-19

Abstract: Geographical and statistical inputs for decision making regarding emergency healthcare actions for indigenous peoples on the fight against COVID-19 are presented in this article. A set of information on geographical mobility to access healthcare services of high, medium and lower complexity (IBGE, 2020b) and estimates for indigenous population inhabiting Indigenous Reserves and Settlements built by the authors using 2010 Census data and the Indigenous Information Database (IBGE, 2012, 2020b) was combined in order to provide a starting point for analyses. Based on the evaluation of this combined information about the indigenous presence in Brazilian cities and the existence or absence of high level complexity hubs for healthcare in these cities, recommendations indicate the priority municipalities for reinforcement of their infrastructural of emergency healthcare to indigenous in the context of COVID-19.

Keywords: Emergency Health Care for Indigenous People; Hubs of health care for Indigenous people Covid-19.

Movilidad geográfica de la población indígena para acceso a los servicios de salud: elementos para acciones emergencia de combate a la COVID-19

Resumen: Este artículo presenta elementos geográficos y estadísticos de apoyo a acciones de emergencia en el combate a la COVID-19 junto a los pueblos indígenas. Reúne y analiza datos sobre desplazamiento de esa población para acceder a servicios de salud de baja, media y alta complejidad (IBGE, 2020b), y estimaciones de los totales de población indígena que reside en las Tierras y Agrupamientos Indígenas constituidas por los autores basados en los datos del Censo Demográfico 2010 y en la Base de Informaciones sobre los Indígenas (IBGE, 2012, 2020a). Con base en la evaluación de esta información sobre la presencia de población residente en tierras e y agrupamientos indígenas en los municipios brasileños, y de la existencia, o no, de centros de salud de alta complejidad en esos municipios, se presentan recomendaciones sobre cuáles son los municipios prioritarios para reforzar la asistencia de emergencia a los pueblos indígenas para el enfrentamiento a la COVID-19.

Palabras clave: Atención de emergencia a la salud de los pueblos indígenas; COVID-19; centros de salud para los pueblos indígenas.

*Mestre em Geografia. Professor colaborador da Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Endereço: Rua Riachuelo, 92, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20230-014. ORCID: 0000-0001-7097-6752. E-mail: fernandodamasco@id.uff.br

** Doutora em Antropologia Social. Antrópologa. Endereço: Ladeira da Glória, 8, Glória, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22211-120. ORCID: 0000-0002-1260-6662. E-mail: marta-antunes@gmail.com

*** Doutora em Demografia. Demógrafa e Antropóloga. Endereço: Rua Harmonia, 755, São Paulo, SP. CEP: 05435-000. ORCID: 0000-0003-2817-7409. E-mail: azevedomar-tamaria55@gmail.com

Introdução

Este artigo tem como objetivo contribuir para os programas de prevenção e atendimento ao novo coronavírus – Covid-19 – entre os povos indígenas a partir da avaliação de informações geográficas e estatísticas sobre a presença nos municípios brasileiros de população residente em terras e agrupamentos indígenas. O trabalho aqui apresentado incorpora pesquisa publicada em artigo anterior dos mesmos autores (Azevedo et al., 2020) onde demonstramos um *ranking* de vulnerabilidade à Covid-19 entre as terras indígenas e os Distritos Especiais de Saúde Indígena – DSEIs – a partir de um indicador criado com elementos da estrutura demográfica, segurança territorial, saneamento e disponibilidade de serviços de emergência com estrutura de Unidades de Tratamento Intensivo - UTIs.

A ideia é que este material ofereça subsídios para as ações das próprias comunidades e organizações indígenas, do governo e outros aliados para o atendimento à saúde indígena nesse período de pandemia que estamos vivendo no Brasil e em todo o planeta. Apontamos principalmente para o dimensionamento de municípios prioritários para a instalação de unidades emergenciais de atenção à saúde.

Foi elaborada uma estimativa da população residente em terras e agrupamentos indígenas por municípios, inclusive nas áreas urbanas, referente ao ano de 2019, com base nos dados da Base de Informações sobre os Indígenas, recentemente divulgada pelo IBGE, e nos dados do Censo Demográfico 2010.

Esses dados foram associados ainda aos resultados da Pesquisa Região de Influência das Cidades - Regic 2018, também recentemente divulgada pelo IBGE, sobre os deslocamentos populacionais para acesso a serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade.

O estudo tem caráter preliminar e sua divulgação atende os objetivos de emergência, considerando-se a velocidade de interiorização da Covid-19 no país. O objetivo principal é que o texto seja de amplo acesso e circulação, de modo que contém alguns elementos que podem não atender à totalidade das normas habituais dos artigos científicos.

Conceitos e definições fundamentais

A população alvo do estudo é aquela residente em terras e agrupamentos indígenas, em áreas urbanas ou rurais, e que aqui designaremos de “população indígena”. Na construção das estimativas populacionais referentes ao ano de 2019, não foram consideradas nos cálculos

as pessoas declaradas ou consideradas indígenas e que residam fora de terras e agrupamentos indígenas.

Como “agrupamento indígena”, entende-se aqui:

“o conjunto de 15 ou mais indivíduos indígenas em uma ou mais moradias contíguas espacialmente que estabelecem vínculos familiares ou comunitários. Esses agrupamentos podem ocorrer em área rural ou urbana, dentro ou fora de Terras Indígenas” (IBGE, 2020a, p. 8).

Para fins de cálculo das estimativas populacionais, foram consideradas as terras indígenas oficialmente delimitadas pela FUNAI, independentemente do estágio do processo demarcatório, conforme a metodologia do IBGE (2020a).

São aqui utilizadas também classificações para os municípios estudados que são oriundas do módulo da pesquisa Regic 2018 (IBGE, 2020b), divulgada em caráter emergencial pelo IBGE para enfrentamento à Covid-19. Essa é uma pesquisa que oferece um panorama dos deslocamentos da população entre os municípios¹ brasileiros para o acesso a serviços de saúde e que categoriza os municípios brasileiros entre as seguintes condições:

- **Municípios de destino:** aqueles para os quais a população residente se dirige em busca dos serviços de saúde, sem considerar os serviços recebidos no próprio município. São considerados os deslocamentos realizados em busca de atendimento.

- **Municípios de origem:** aqueles de onde parte a população em busca dos serviços de saúde.

Muitos municípios apresentam as duas condições, tendo em vista que recebem a população de municípios menores, mas, ao mesmo tempo, têm a sua população se deslocando para atendimento em municípios que possuem estrutura para atendimentos de maior complexidade.

Os municípios de destino funcionam como centralidades, que atraem população de outros municípios com base nos serviços de saúde oferecidos e, por isso, aqueles com maior volume de procura são aqui

¹A Pesquisa Regic 2018 operacionaliza o conceito de “cidade”, para fins da própria pesquisa, a partir das unidades territoriais propostas pelo IBGE em Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas no Brasil (IBGE, 2016). Os centros urbanos pesquisados são definidos a partir da classificação dos municípios em “arranjos populacionais”, “concentrações urbanas” e “demais municípios isolados”. Entretanto, de modo a simplificar a compreensão deste estudo, os municípios foram referidos genericamente, sabendo-se que, quando mencionamos determinada cidade, estamos nos referindo simultaneamente ao seu enquadramento como arranjo populacional, concentração urbana ou município isolado. Para acesso à classificação de cada município citado neste estudo, consultar IBGE (2016).

definidos como “polos de atração”. A população que tem como destino um mesmo polo ou município de destino será aqui definida como “população dependente”, uma vez que se trata da população que depende daquele polo ou município para satisfação de suas necessidades de saúde.

A Regic 2018 classifica ainda os municípios quanto à preponderância do tipo de serviço de saúde prestado pelo município, utilizando a definição de alta, média e baixa complexidade do Ministério da Saúde (2009), que oferece as seguintes concepções:

- **Alta complexidade:** conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde;

- **Média/baixa complexidade:** compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Compreendem consultas médicas e odontológicas, exames clínicos, serviços ortopédicos e radiológicos, fisioterapia e pequenas cirurgias, dentre outros atendimentos que não impliquem em internação (IBGE, 2020b).

Metodologia

A metodologia para análise da distribuição do atendimento à saúde entre a população residente em terras e agrupamentos indígenas contemplou a construção de uma estimativa da população residente nessas áreas para o ano de 2019 e também a correlação destes dados com as informações de deslocamento da população para atendimento e acesso a serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade.

A construção das estimativas de população residente em terras e agrupamentos indígenas para o ano de 2019 contemplou inicialmente o cálculo, para cada município, da média de moradores por domicílios em Terras Indígenas, de acordo com dados do Censo Demográfico 2010. Esse valor foi conjugado aos dados de Estimativa de Domicílios Indígenas (EDOC) segundo municípios, provenientes da Base de Informações sobre os Indígenas (IBGE, 2020a).

De acordo com o IBGE, a estimativa de domicílios ocupados (EDOC) é o “quantitativo estimado pelo IBGE de domicílios particulares permanentes ocupados a

serem recenseados em determinado recorte territorial” (IBGE, 2020a), sendo alvo de confirmação a cada Censo. Sendo domicílio o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal e o domicílio particular permanente aquele no qual o relacionamento entre seus ocupantes era ditado por laços de parentesco, de dependência doméstica ou por normas de convivência e que foi construído para servir, exclusivamente, à habitação e, na data de referência, tinha a finalidade de servir de moradia a uma ou mais pessoas e estava ocupado, ou seja, com moradores nele residindo².

Os dados de estimativa de domicílios em áreas indígenas, por municípios, foram multiplicados pela média municipal de moradores por domicílios em terras indígenas do Censo Demográfico 2010, chegando-se assim à estimativa de população residente em terras e agrupamentos indígenas no ano de 2019. Para os municípios em que esta média não estava disponível em 2010, foram utilizadas as médias das Grandes Regiões: 5,7 para a Região Norte, 4,1 para o Nordeste, 4,4 para o Sudeste, 4,5 para o Sul e 5,0 para o Centro-Oeste.

A estimativa da população residente em terras e agrupamentos indígenas pôde, então, ser associada aos resultados da Pesquisa Regic 2018 sobre o acesso da população aos serviços de saúde. Foram utilizados os dados de município de origem e município de destino da compilação “alta, média e baixa complexidade”.

Em seguida, foi realizada a hierarquização dos principais polos de destino da população segundo a estimativa de população e representação por meio de cartograma, utilizando-se os arquivos vetoriais da Pesquisa Regic 2018. A partir desses resultados, foi possível avaliar a participação dos municípios de origem no volume de atendimento dos polos de destino da população, o que pode indicar possíveis pontos de instalação emergencial de estruturas de saúde para desafogar os grandes polos e garantir vagas suficientes para o atendimento aos indígenas.

²Para mais informações sobre as definições do IBGE relativas a domicílio e morador consultar IBGE (2010, 2012 e 2020a).

Tabela 1: Polos de atração (destino) da população residente em Terras e Agrupamentos Indígenas para acesso a serviços de saúde por nível de complexidade, de acordo com a estimativa de população dependente (2019)

UF	Município	Complexidade	Estimativa da população dependente residente em TIs e agrupamentos	Leitos de UTI
AM	MANAUS	Alta	194.885	177
RR	BOA VISTA	Alta	75.450	17
PE	RECIFE	Alta	61.044	392
AM	TABATINGA	Baixa média	59.772	0
GO	GOIÂNIA	Alta	55.485	291
PA	SANTARÉM	Alta	41.100	27
MS	DOURADOS	Alta	38.467	46
PI	TERESINA	Alta	33.928	103
RO	PORTO VELHO	Alta	30.789	118
MS	CAMPO GRANDE	Alta	30.173	106
MT	CUIABÁ	Alta	28.761	93
AC	RIO BRANCO	Alta	26.836	33
BA	SALVADOR	Alta	15.817	425
BA	ITABUNA	Alta	14.906	19
PB	MAMANGUAPE	Baixa média	14.384	10
AL	MACEIÓ	Alta	13.972	88
MT	SORRISO	Alta	13.001	6
PE	SERRA TALHADA	Baixa média	12.663	10
CE	SOBRAL	Alta	12.476	75
MA	IMPERATRIZ	Alta	11.524	52
MG	MONTES CLAROS	Alta	11.460	75
AM	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	Baixa média	11.256	0
PA	BELÉM	Alta	10.983	144
MT	SINOP	Alta	9.767	6
MT	TANGARÁ DA SERRA	Alta	9.347	0
RS	PASSO FUNDO	Alta	8.929	43

AM	TEFÉ	Baixa média	8.847	0
AP	MACAPÁ	Alta	7.265	12
SC	XANXERÊ	Alta	6.851	10
PA	REDENÇÃO	Alta	6.404	9

Fonte: Estimativa populacional elaborada pelos autores com base no Censo Demográfico 2010 e na Base de Informações sobre os Indígenas (IBGE, 2012, 2019). Os dados de UTI são provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2020).

Resultados

Os resultados mostram que a população indígena em todo o Brasil se desloca para 143 destinos diferentes para acesso aos serviços de saúde, dos quais 41 não possuem leitos de UTIs disponíveis.

Os dados mostram que Manaus é o principal polo de atração do país, sendo referência para uma população de 194.885 pessoas provenientes de terras e agrupamentos indígenas de diversos municípios do estado do Amazonas, o que representa 19% de toda a população indígena.

Em seguida estão Boa Vista, capital de Roraima, o Recife, que é polo de atração de grande parte da

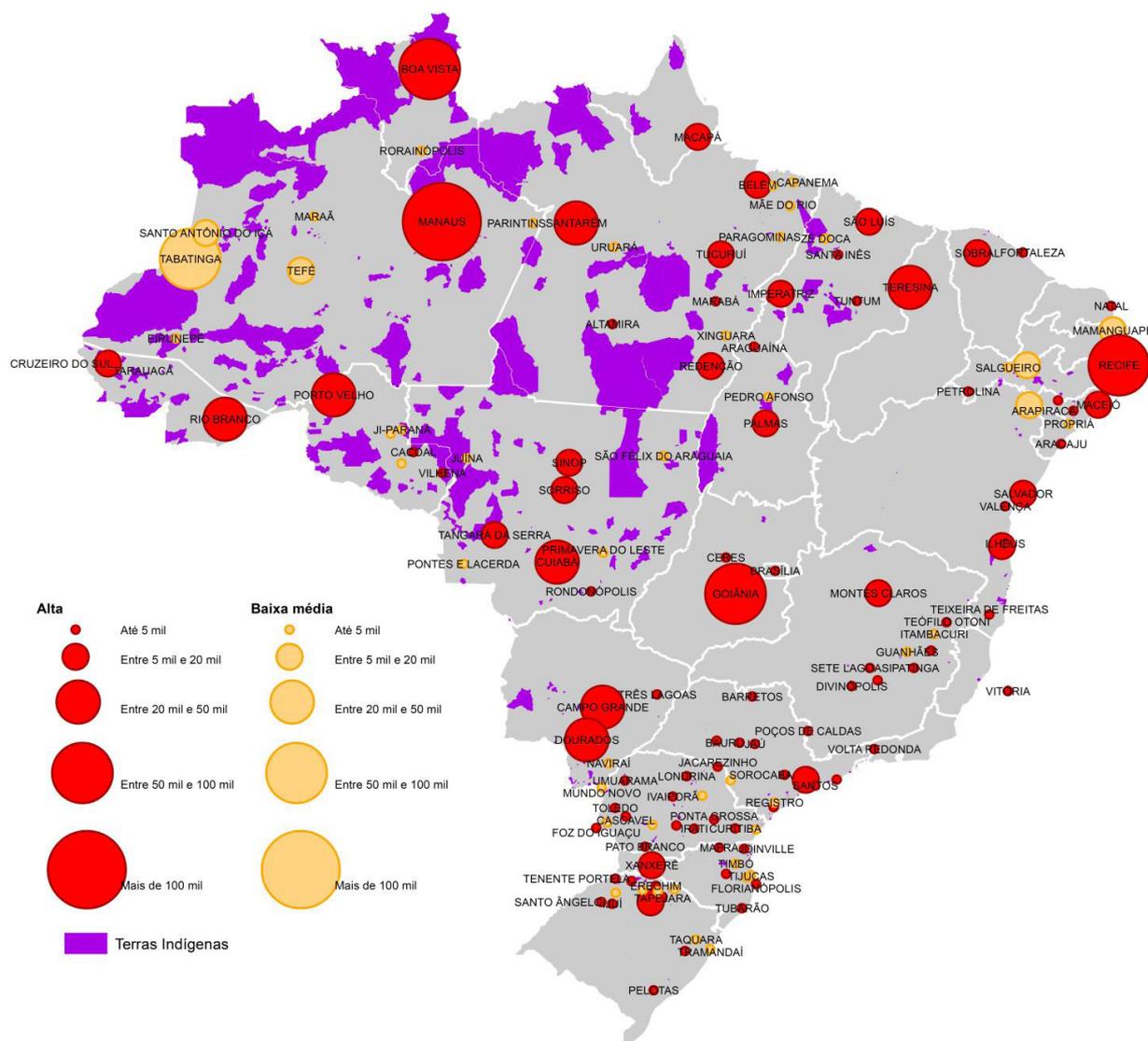
população indígena do Nordeste, e Tabatinga, que funciona como polo regional, submetida a Manaus.

Importante destacar a centralidade de Dourados em relação à população indígena do Mato Grosso do Sul, absorvendo um contingente de mais de 38 mil pessoas residentes nessas áreas.

Na tabela 1, são apresentados os dados dos 30 principais polos de atração de população indígena para acesso a serviços de saúde.

Na figura 1, estão representados os principais polos de atração da população indígena para acesso a serviços de saúde.

Figura 1: Polos de atração (destino) da população residente em Terras e Agrupamentos Indígenas para acesso a serviços de saúde, por nível de complexidade, de acordo com a estimativa de população dependente (2019)



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Os dados também foram analisados no sentido de avaliar os municípios com maior contingente de população residente em terras e agrupamentos indígenas. São Gabriel da Cachoeira/AM é o município com mais expressiva população (44.208), seguido do município

de Águas Belas/PE³, Jacareacanga/PA, Tabatinga/AM e São Paulo de Olivença/AM. Dos 10 municípios com maior população indígena, 5 estão no estado do Amazonas. Os dados dos 30 municípios com maior contingente populacional em terras e agrupamentos indígenas está na tabela 2. Nenhum deles possui UTI.

³A Terra Indígena Fulni-ô está localizada no município de Águas Belas e a sede do município está inserida na TI. Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, o total de pessoas indígenas residindo na TI era de 4.463, ou seja, 18,7% da população total da TI, que era em 2010 de 23.882. Situação que difere da realidade dos demais municípios com maior população residente, apresentados nesta análise, como por exemplo o caso do município de Pacaraima, cuja sede fica inserida na TI São Marcos. Segundo os dados de 2010 o total de pessoas residentes na TI São Marcos era de 7.948 e o total de pessoas indígenas era de 6.162, ou seja, 77,5% da população residente na TI.

A partir da identificação dos polos de destino da população para acesso aos serviços de saúde, foi possível compará-los aos dados dos municípios de origem dos pacientes, podendo-se observar pontos de concentração da busca por assistência à saúde e também as áreas com maior quantidade de população dependente do destino, que podem ser prioritárias para a instalação de unidades emergenciais de saúde.

Nesse sentido, a figura 2 apresenta o contingente

de população indígena nos municípios de origem dos pacientes em associação com os dados de população indígena total dependente das cidades de destino.

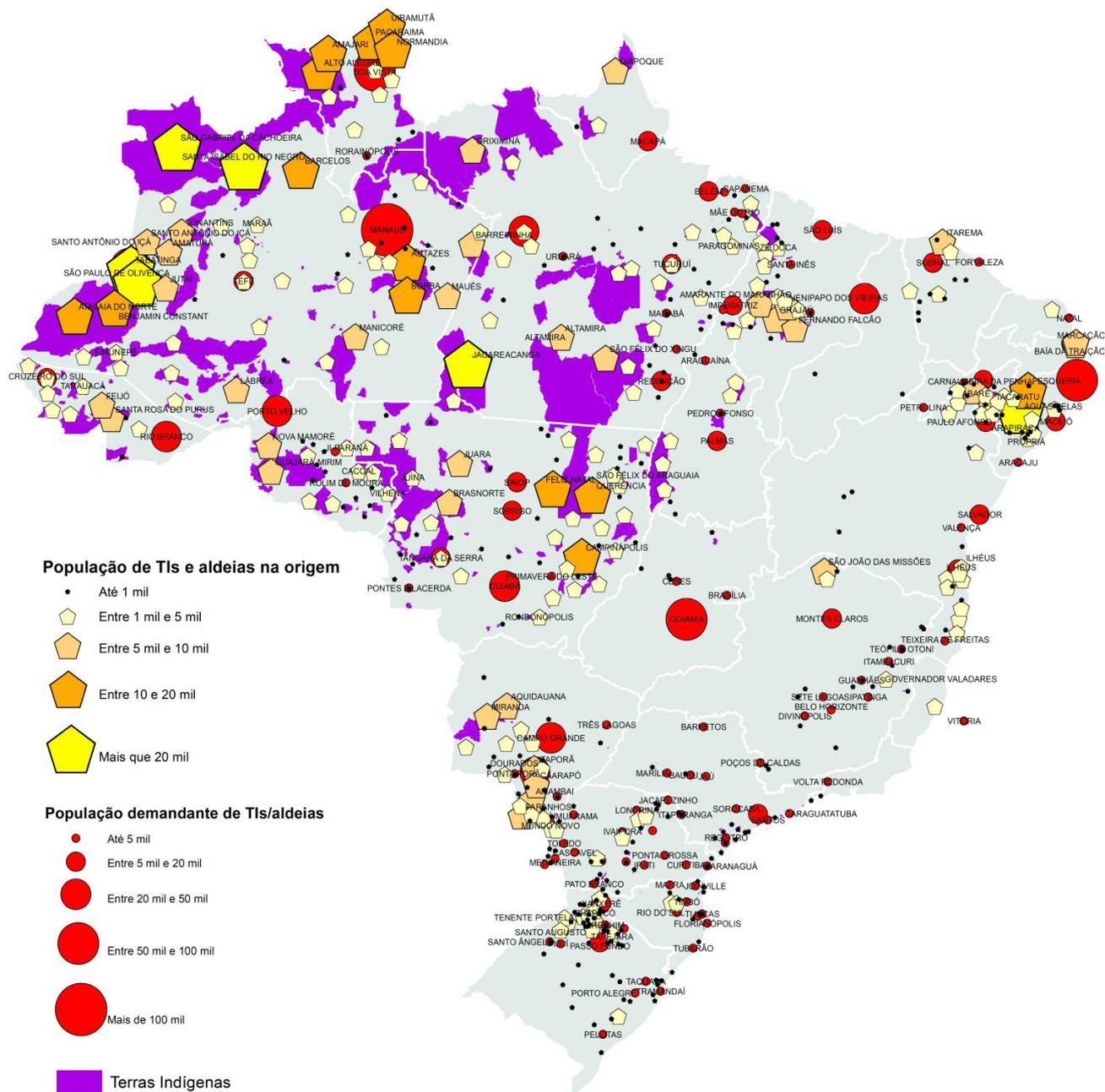
A tabela disponível no anexo, por sua vez, apresenta o grau de participação de cada município na população estimada residente em terras e agrupamentos indígenas que demandam ou podem vir a demandar por atendimento de saúde nos polos de atração.

Tabela 2: Municípios de origem dos fluxos para acesso a serviços de saúde com mais expressivos contingentes populacionais estimados de população residente em Terras e Agrupamentos Indígenas:

UF	Município	Complexidade	Estimativa de população residente em TIs e agrupamentos (2019)	Leitos de UTI
AM	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	Não é polo	44.208	0
PE	ÁGUAS BELAS ⁴	Não é polo	33.774	0
PA	JACAREACANGA	Não é polo	25.218	0
AM	TABATINGA	Baixa/média	24.266	0
AM	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	Não é polo	22.639	0
AM	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	Não é polo	20.140	0
MT	QUERÊNCIA	Não é polo	16.770	0
AM	BENJAMIN CONSTANT	Não é polo	15.577	0
MT	CAMPINÁPOLIS	Não é polo	14.891	0
RR	PACARAÍMA	Não é polo	14.312	0
RR	ALTO ALEGRE	Não é polo	14.249	0
RR	AMAJARI	Não é polo	12.456	0
AM	BARCELOS	Não é polo	12.372	0
AM	AUTAZES	Não é polo	12.362	0
MT	FELIZ NATAL	Não é polo	12.319	0
AM	ATALAIA DO NORTE	Não é polo	12.247	0
RR	UIRAMUTÃ	Não é polo	12.044	0
AM	BORBA	Não é polo	10.555	0
PE	PESQUEIRA	Baixa/média	10.403	0
RR	NORMANDIA	Não é polo	10.017	0
PE	CARNAUBEIRA DA PENHA	Não é polo	9.910	0
AM	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	Baixa/média	9.310	0
MG	SÃO JOÃO DAS MISSÕES	Não é polo	8.969	0
PB	MARCAÇÃO	Não é polo	8.827	0
RO	GUAJARÁ-MIRIM	Não é polo	8.713	0
PA	ORIXIMINÁ	Não é polo	8.680	0
AM	MAUÉS	Não é polo	8.184	0
RO	NOVA MAMORÉ	Não é polo	8.091	0
PA	SÃO FÉLIX DO XINGU	Não é polo	8.073	0

Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Figura 2: Estimativa de residentes em Terras e Agrupamentos Indígenas nos municípios de origem e destino da população para acesso a serviços de saúde



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Discussão dos resultados

Os resultados apresentados permitem estabelecer um panorama dos deslocamentos da população indígena para atendimento à saúde e a participação de cada município de origem da população no volume total de população dependente dos municípios de destino, que são aqueles que teriam condições de efetuar o atendimento. A partir deste panorama, pode-se inferir que os municípios com maior participação no total de população dependente do município de destino podem ser considerados prioritários para a instalação emergencial de estruturas adicionais de atenção à saúde e/ou para serem alvos de investimentos que possam incrementar a capacidade de prestarem atendimentos de alta complexidade.

Nesse sentido, o principal desafio é buscar elementos que permitam a definição de municípios que, numa visão estratégica, poderiam ser alvos prioritários de investimentos e ações emergenciais que possam prestar o atendimento mais próximo à população indígena e, ao mesmo tempo, aliviar o volume de atendimentos de sistemas de saúde já sobrecarregados.

Essas conclusões partem inevitavelmente dos resultados que apresentamos anteriormente, mas buscaremos, nas linhas que se seguem, por enquadramentos regionais, desenvolvê-los de forma que a eles sejam adicionados elementos próprios das configurações territoriais locais, das redes de transporte e logística e da disponibilidade de receber grandes infraestruturas de saúde. Essa é uma avaliação preliminar dos autores e que necessariamente deverá ser articulada ao conhecimento das organizações indígenas, de lideranças comunitárias, outros especialistas, que poderão fornecer elementos adicionais para a tomada de decisão.

Partimos de dois critérios chave para a proposição de recomendações sobre municípios prioritários para o investimento em aumento de capacidade de atendimento de casos graves de COVID-19 entre a população indígena, são eles:

Critério 1: Municípios com percentual elevado de população indígena dependente de polos de alta complexidade localizados fora de seu município e com polos de média/baixa complexidade que atraem população de municípios com alto percentual de indígenas;

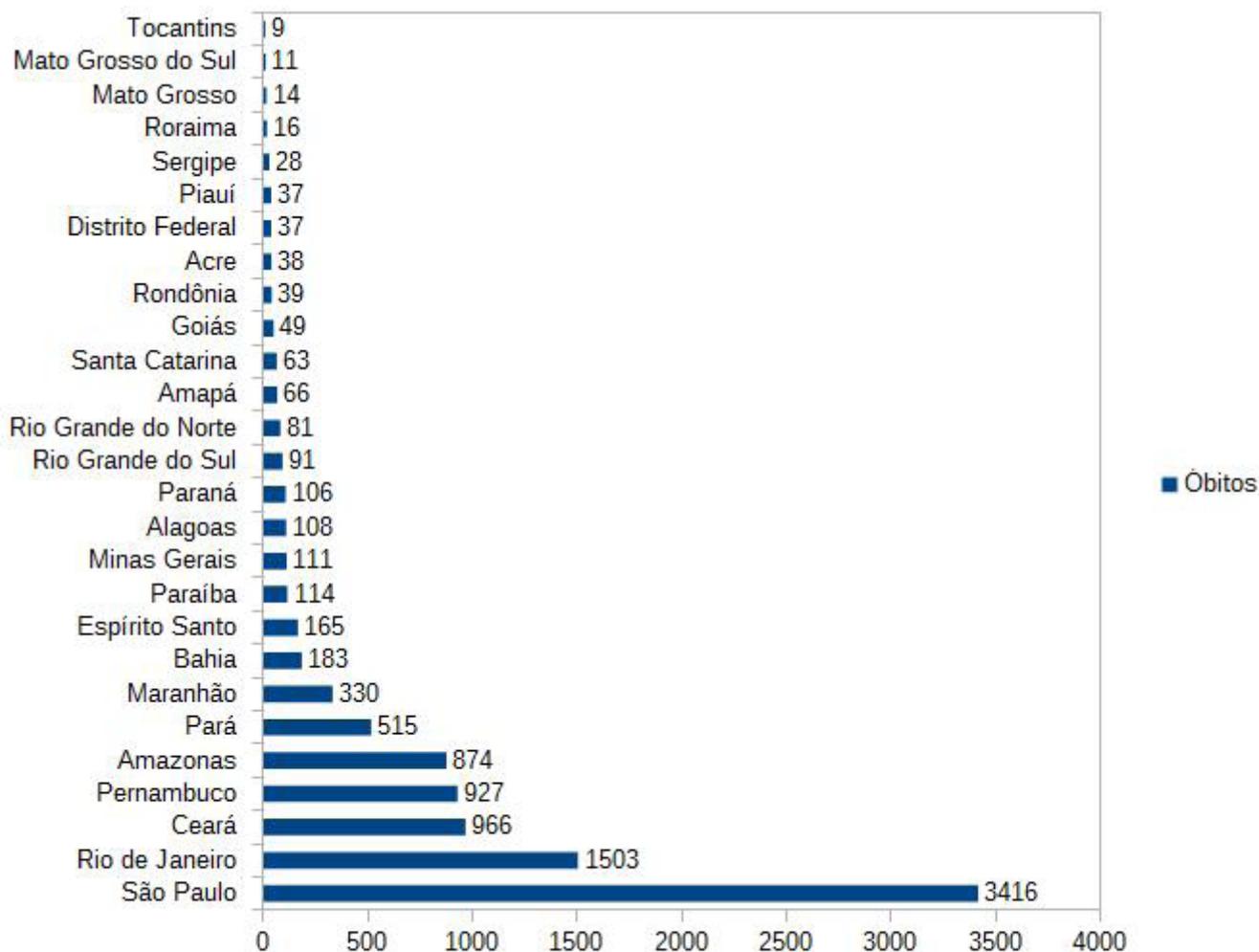
Critério 2: Municípios com percentual elevado de população indígena dependente de polos de alta e média/baixa complexidade localizados fora de seu município e distantes de municípios polos de atendimento à saúde de alta ou média/baixa complexidade.

Além desses critérios, uma análise de contextualização dessas informações foi realizada para embasar a proposição de localização dos investimentos no atendimento a pacientes indígenas com sintomas graves de COVID-19. Essa análise levou em consideração a capacidade do local proposto servir de polo de atração da população indígena, em particular analisamos as principais vias e meios de acesso entre origem e destino e possibilidade de o polo atender a um número significativo de municípios com o qual estabelece relações.

Finalmente, foi ainda levada em consideração a hierarquização de total de óbitos por Unidades da Federação, considerando que os mesmos apontam para um total de casos de contaminação, considerando a dificuldade de notificação de todos os casos de contaminação, seja pela falta de sintomas, seja pela não realização de testagem em massa na população, e para a potencial saturação da rede de atendimento de alta complexidade.

Como é possível observar no Gráfico 1 e na tabela 3, as sete unidades da federação com maior número de óbitos são: São Paulo (3.416 pessoas); Rio de Janeiro (1.503); Ceará (966); Pernambuco (927); Amazonas (874); Pará (515) e Maranhão (330). Levando essas informações em consideração, esses estados assumiram uma prioridade maior nas recomendações.

Gráfico 1 – Casos e óbitos de COVID-19 por UF de notificação



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020 (<https://covid.saude.gov.br/>,
Atualizado em: 08/05/2020, 19:00h)

Tabela 3 – Casos e óbitos de COVID-19 por estados de notificação

Estado	Casos	Óbitos	Taxa de letalidade
São Paulo	41830	3416	8,17%
Rio de Janeiro	15741	1503	9,55%
Ceará	14956	966	6,46%
Pernambuco	11587	927	8,00%
Amazonas	10727	874	8,15%
Pará	6141	515	8,39%
Maranhão	5909	330	5,58%
Bahia	4818	183	3,80%
Espírito Santo	4242	165	3,89%
Paraíba	2031	114	5,61%
Minas Gerais	2943	111	3,77%
Alagoas	2033	108	5,31%
Paraná	1711	106	6,20%
Rio Grande do Sul	2447	91	3,72%
Rio Grande do Norte	1821	81	4,45%
Amapá	2322	66	2,84%
Santa Catarina	3205	63	1,97%
Goiás	1053	49	4,65%
Rondônia	1222	39	3,19%
Acre	1177	38	3,23%
Distrito Federal	2442	37	1,52%
Piauí	1131	37	3,27%
Sergipe	1438	28	1,95%
Roraima	1124	16	1,42%
Mato Grosso	457	14	3,06%
Mato Grosso do Sul	326	11	3,37%
Tocantins	494	9	1,82%

Manaus e a necessidade de novos polos no Alto Rio Negro, no Alto Solimões e em Itacoatiara

É importante destacar os municípios de São Gabriel da Cachoeira/AM, localizado a mais de 850 km de Manaus e somente acessível por barco ou avião, e Santa Isabel do Rio Negro/AM, a cerca de 630 km de Manaus, ambos localizados na região do Alto Rio Negro, que são juntos responsáveis por 64.348 indígenas e têm Manaus como único destino para acesso a serviços de saúde. Esses dois municípios são responsáveis por 33% de toda a população indígena que têm Manaus como destino, não possuindo nenhum leito de UTI disponível.

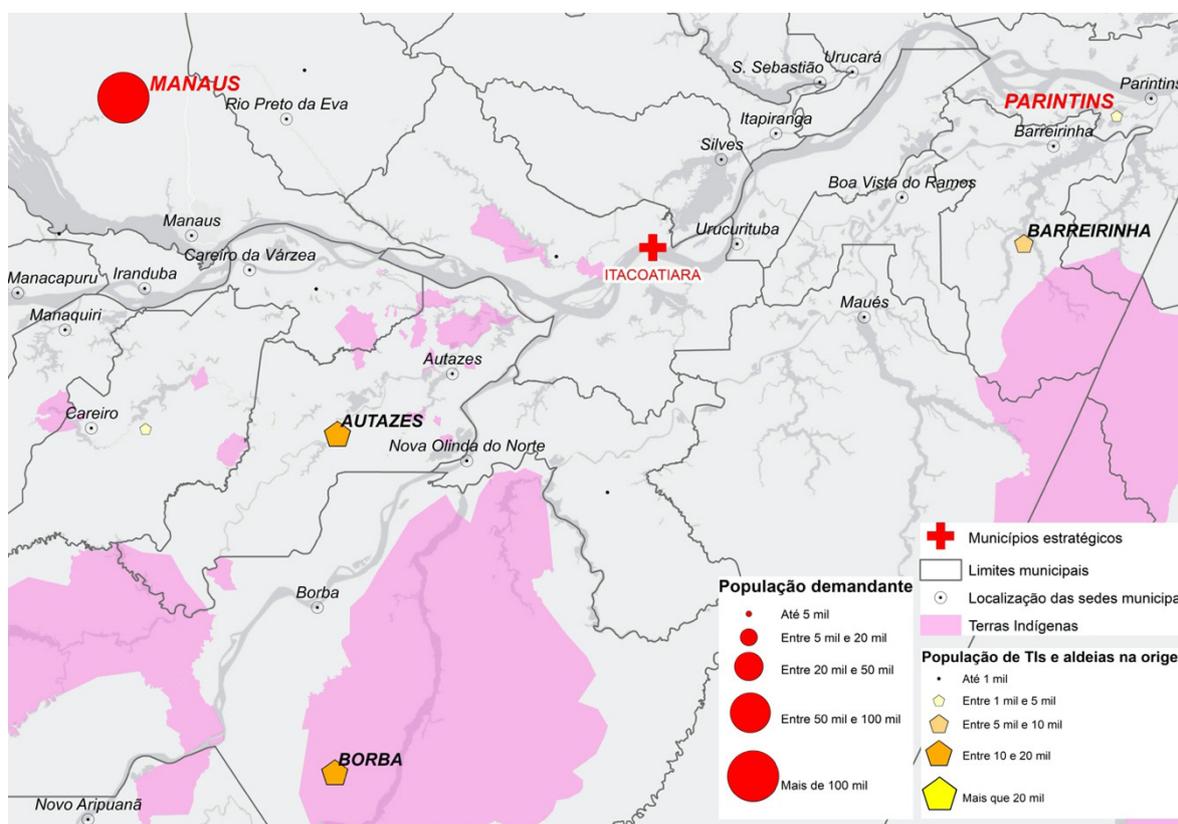
Ainda no Amazonas, o município de Tabatinga/AM, localizado a mais de 1.000 km de Manaus, polo de atendimentos de baixa/média complexidade, tem importância por atrair demandas dos municípios vizinhos e contribui com o volume de procura em Manaus, sendo responsável por 12% da demanda deste polo. Se somarmos o contingente centralizado em Tabatinga

com aquele de São Gabriel da Cachoeira, temos um total de 84.038 pessoas dependentes de Manaus, o que representa 43% de toda a demanda desse polo.

Essas duas regiões – alto Rio Negro e alto Solimões – estão configuradas entre as cinco áreas mais dependentes do país, responsáveis juntas por um contingente de 148.386 indígenas, sendo as maiores pressões, dentre a população residente em terras e agrupamentos indígenas, sobre o sistema de saúde de Manaus, condição confirmada pelas características demográficas e certamente agravada pela situação geográfica, com ambas as cidades localizadas a distâncias expressivas de Manaus, com deslocamentos contados em dias de barco, e sem disponibilidade de leitos de UTIs. São, portanto, áreas que devem ser alvo de ações urgentes em termos da instalação de unidades adicionais de atendimento à saúde.

Além dos polos sugeridos em São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga, que diminuiriam a pressão sobre Manaus de populações que ficam a distâncias significativas

Figura 3: Eixo Manaus-Parintins – Estimativa de residentes em terras e agrupamentos indígenas nos municípios de origem e destino da população para acesso a serviços de saúde



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

da capital, seria possível criar um polo emergencial no entorno de Manaus, que possibilitasse o atendimento emergencial da população indígena dos municípios do eixo Parintins-Manaus (figura 3), com o potencial de atendimento de uma população indígena de 52.055 pessoas, incluindo a população indígena dependente do polo de baixa/média complexidade de Parintins (953).

Esse polo poderia reduzir 26,22 pontos percentuais da população indígena dependente de Manaus.

Esse polo precisaria do apoio de um barco para realização das remoções mais graves e ações preventivas na região, potencializando sua atração e o desafogamento de Manaus.

Considerando que a cidade de Itacoatiara tem acesso terrestre e fluvial, a sugestão é de colocação de um hospital de campanha nessa cidade para atendimento prioritário a 45.367 indígenas dos municípios de: Autazes (12.362); Barreirinha (7.993); Borba (10.555); Careiro da Várzea (840); Itacoatiara (971); Maués (8.184); Nova Olinda do Norte (137); Norte do Aripuanã (2.303); Nhamundá (953); Parintins (1.069); Uruará (1.070).

Com o potencial de atender ainda 5.618 indígenas de outros municípios próximos a Manaus que podem não conseguir vaga na capital, pelo alto número de casos e óbitos notificados no estado do Amazonas: Presidente Figueiredo (827); Rio Preto da Eva (143); Manaquiri (1.823); Manacapuru (1.176); Careiro (1.546); Iranduba (103).

Polo de Boa Vista: necessidade de fortalecimento e novo polo em Pacaraima/RR

Boa Vista é o polo de atendimento de alta complexidade de referência para municípios com alto percentual de população indígena, sendo polo de recepção de remoções aéreas do DSEI Yanomami, que atende a Terra Indígena Yanomami, e do DSEI Leste, que atende a região do Lavrado.

Contudo, Boa Vista possui apenas 17 leitos de UTI, para uma população dependente estimada desse polo de 75.450 indígenas. Sendo essa população apenas 7% da população demandante do polo de alta complexidade de Boa Vista. Nesse sentido, o reforço da capacidade de atendimento a pacientes indígenas com sintomas graves de COVID-19 em Boa Vista é premente.

A concentração de 26.356 indígenas nos municípios de Pacaraima (14.312) e Uiramutã (12.044) e a localização da cidade de Pacaraima, na fronteira com a Venezuela, com um conjunto de abrigos de indígenas e não-indígenas, com forte presença de agências das nações unidades voltadas para atendimento ao migrante

e refugiado abrigados e do exército brasileiro, e com a recepção pelos indígenas da TI São Marcos de indígenas oriundos da Venezuela, torna o local particularmente interessante para a criação de um polo de atendimento. Este polo teria ainda a vantagem de diminuir a pressão sobre Boa Vista de 35% da demanda de atendimento a indígenas desta região.

Importante reforçar, contudo, que o município do Uiramutã possui uma dificuldade de acesso terrestre no período de chuvas que está prestes a iniciar, tornando o deslocamento mais demorado (entre 5 e 6 horas). Nesse sentido, é urgente reforçar a logística de transporte de pacientes do mesmo para Pacaraima, atendendo toda a região das serras, área de atuação do DSEI Leste.

Por outro lado, o município de Normandia está localizado na fronteira com a Guiana e também tem um fluxo intenso de indígenas que atravessam a fronteira. A população indígena de Normandia, estimada em 10.017 pessoas não teria como se deslocar para o polo de Pacaraima, sendo dependente de Boa Vista, mas precisaria de medidas de prevenção e de barreiras sanitárias para sua proteção. Essas barreiras sanitárias poderiam atender os dois municípios – Uiramutã e Normandia, se fossem instaladas na interligação da BR-433 com a BR-174 (que liga Manaus e Venezuela) e na interligação da BR-433 com a BR-401 (que liga Boa Vista e Normandia).

Recife e a possibilidade de incrementar a centralidade de Paulo Afonso/BA

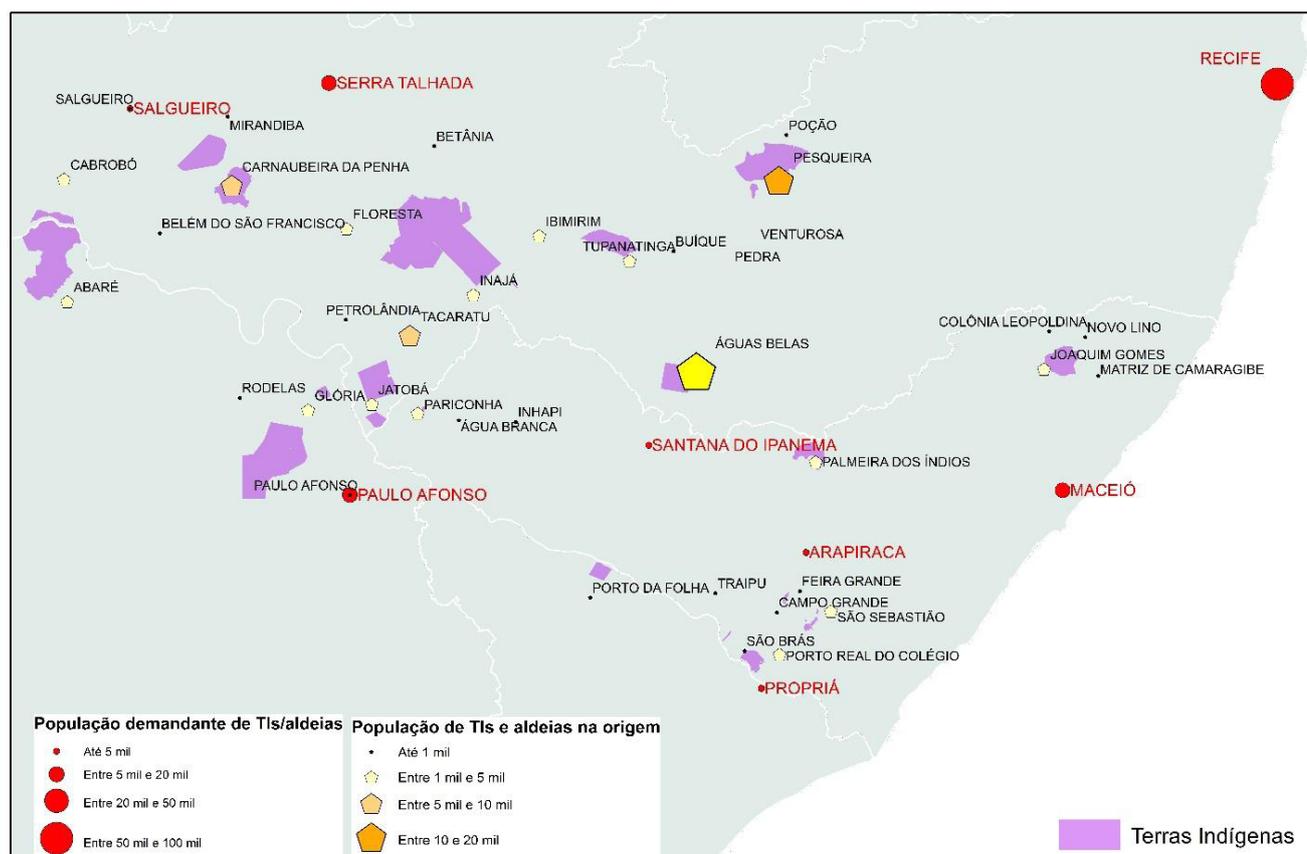
A cidade de Paulo Afonso está localizada no litoral Norte da Bahia e perto da divisa da Bahia com Pernambuco e Alagoas (figura 4).

Nesta cidade, servida de aeroporto comercial, existe um polo de baixa complexidade que já é destino dos municípios pernambucanos de Jatobá (4.213 indígenas) e Petrolândia (824) e do município de Água Branca (116) em Alagoas.

O estado vizinho de Pernambuco é o quarto estado em total de óbitos por COVID-19 (927 pessoas) e conta com uma população indígena dependente de polos de alta complexidade em Recife (61.044) e Petrolina (1.707) e de baixa complexidade em Serra Talhada (12.663) e Salgueiro (584).

A transformação do polo de baixa complexidade de Paulo Afonso/BA em um polo capaz de atender casos graves da COVID-19 entre os indígenas permitiria atender toda a região do sertão do São Francisco e entorno, nessa região servida pelas BR 110, 232 e 316, desafogando os polos de atendimento de alta complexidade em

Figura 4: Pernambuco e Alagoas – Estimativa de residentes em terras e agrupamentos indígenas nos municípios de origem e destino da população para acesso a serviços de saúde



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Pernambuco, estado com alto índice de incidência da COVID-19.

O potencial de atendimento desse polo é de 87.027 indígenas, sendo:

- 75.998 de Pernambuco, dos municípios de Águas Belas (33.774), Pesqueira (10.403), Carnaubeira da Penha (9.910), Tacaratu (5.405), Jatobá (4.213), Cabrobó (4.041), Floresta (2.737), Ibimirim (2.358), Inajá (1.795), Tupanatinga (1.350), Petrolândia (824), Poção (721), Salgueiro (660), Buíque (536), Mirandiba (516), Orocó (104), Belém do São Francisco (68) e Betânia (17).

- 9.181 da Bahia dos municípios de Abaré (4.134), Glória (2843), Curaçá (1.603), Rodelas (476) e Paulo Afonso (124).

- 1.848 de Alagoas, dos municípios de Pariconha (1.616), Inhapi (116) e Água Branca (116).

Os demais municípios de Alagoas com população indígena, localizam-se mais perto de polos de alta complexidade com leitos de UTI, podendo ser atendidos nos mesmos se a curva de crescimento do número de casos não sofrer uma alteração forte nesse estado.

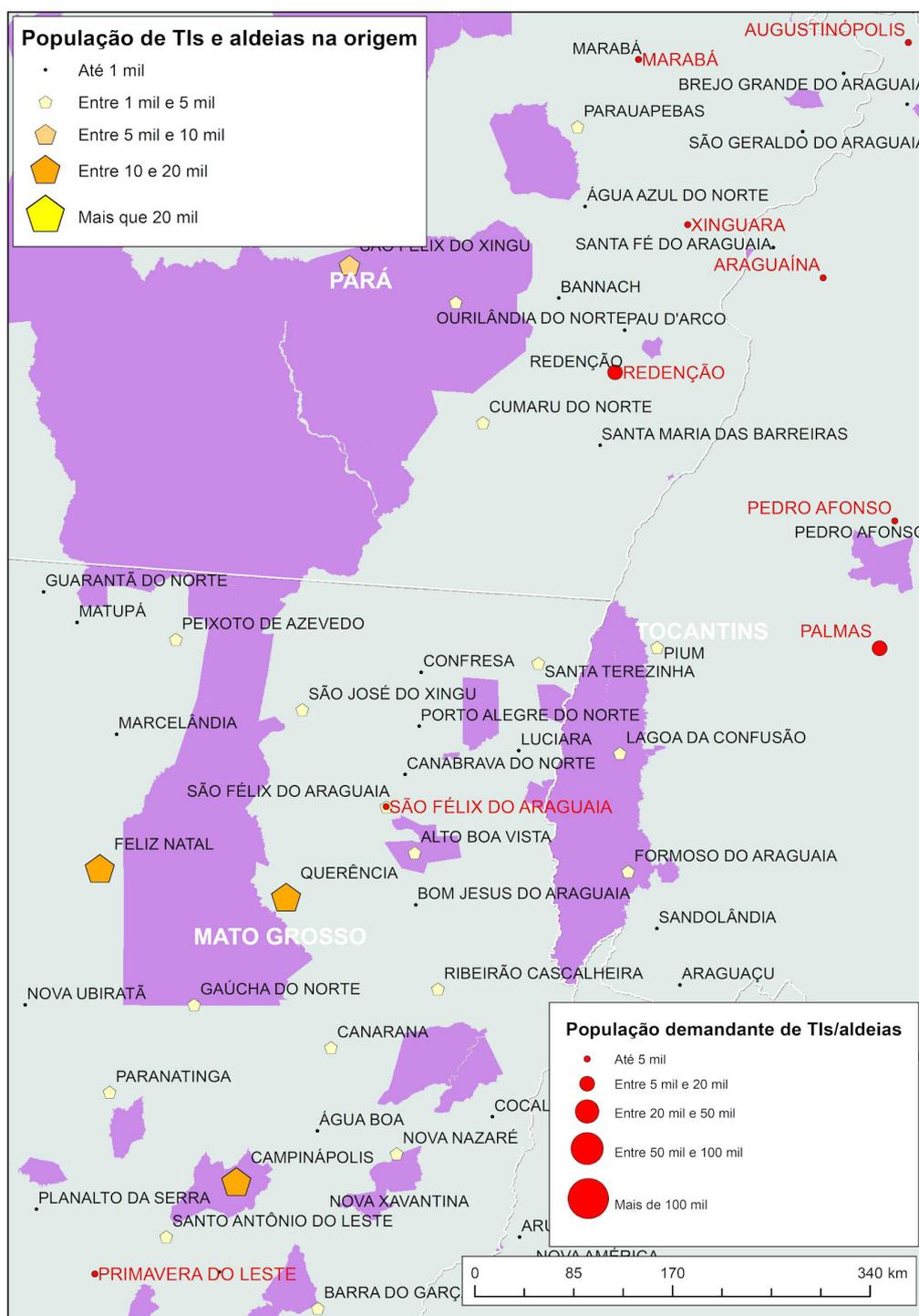
Embora Sergipe esteja com um total de casos e óbitos por COVID-19 notificados baixo, o polo de Paulo Afonso/BA poderia também atrair a população indígena do município de Porto da Folha (335), que fica a uma distância equivalente de Paulo Afonso e de Aracajú – seu atual polo de destino.

Goiânia e a necessidade de novos polos em Água Boa/MT e Redenção/PA

O polo de Goiânia, de acordo com os dados produzidos, é responsável por acolher a população indígena de vários municípios localizados a mais de 500 km de distância da cidade (Querência, 848 km; Campinápolis, 595,6 km; São Felix do Xingu, 1.546 km; Nova Nazaré, 518 km; São Félix do Araguaia, 805 km; Canarana, 709 km e Ribeirão Cascalheira, 763 km), conforme pode ser observado na figura 5.

Todos esses municípios ficam no eixo da BR-158, no trecho que liga Barra do Garças, no Mato Grosso, a

Figura 5: Municípios dependentes de Goiânia, no eixo da BR-158 – Estimativa de residentes em Terras e A grupamentos Indígenas nos municípios de origem e destino da população para acesso a serviços de saúde



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Redenção, no Pará. Juntos, esses municípios respondem por uma população indígena de 48.891 pessoas.

Goiânia também é referência para toda a população vinda dos municípios que tem como destino Redenção/PA, que sozinha tem uma população dependente de 6.404 pessoas, atendendo os municípios de Ourilândia do Norte, Cumaru do Norte, Pau d'Arco e Bannach.

Por isso, seria muito importante a descentralização de serviços nesta região, podendo compreender um polo em Água Boa, cidade matogrossense com 25.721 habitantes, de acordo com as últimas estimativas do IBGE, e com posição central em relação a São Félix do Araguaia, Campinópolis, Nova Nazaré e Ribeirão da Cascalheira, que poderia ser nova referência para 45.778

indígenas.

Outro polo de especial importância estaria em Redenção, no Pará, cidade que abriga a sede do Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI) Kaiapó do Pará, que seria responsável para servir de referência para uma população total de 14.477 indígenas.

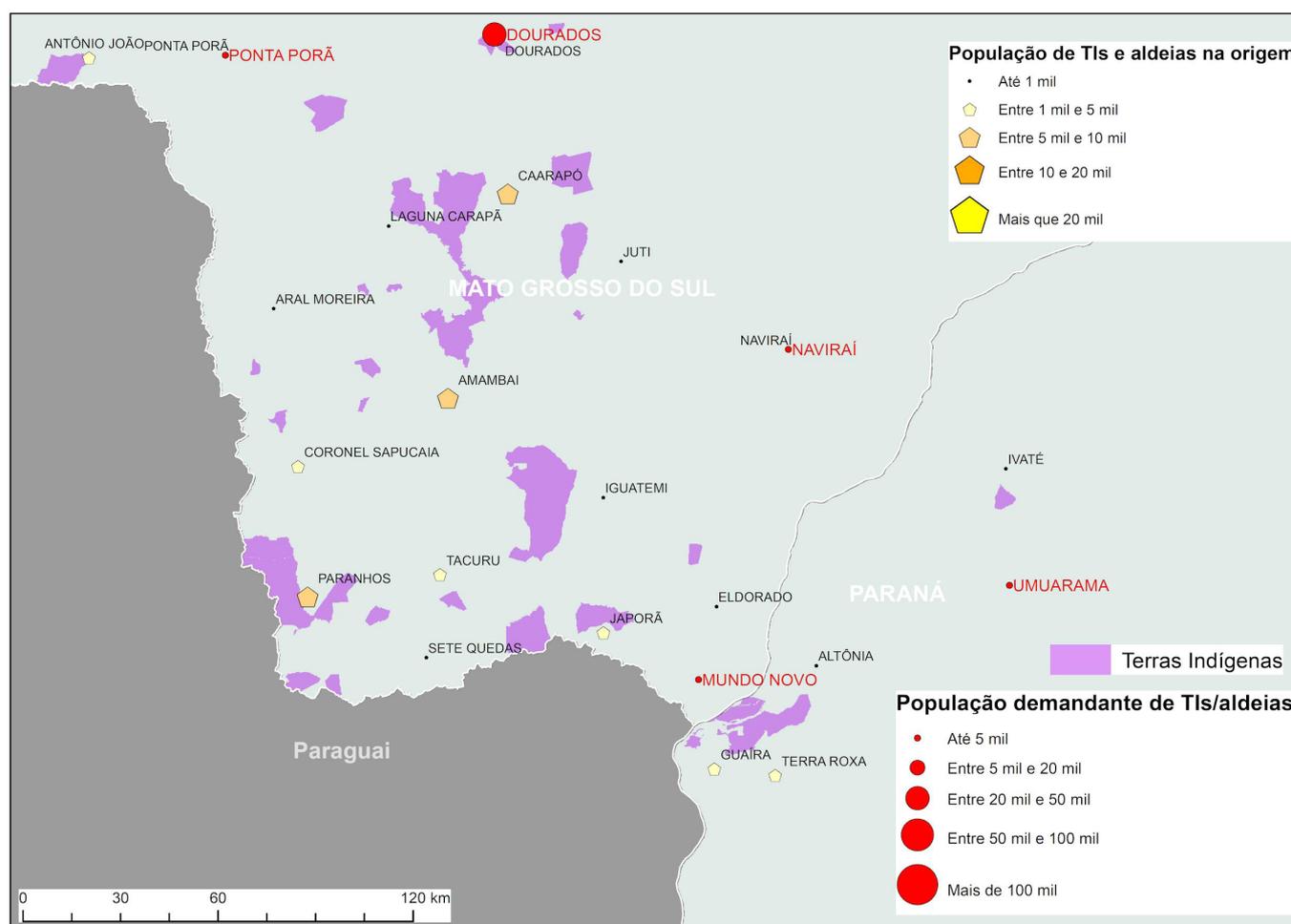
Dourados/MS e a necessidade de estruturação em Amambai/MS

A população indígena dos municípios situados na chamada região do cone sul do Mato Grosso do Sul que são atendidos em Dourados chega a 38 mil pessoas (figura 6). Depois de Dourados o polo mais próximo onde existe atendimento de alta complexidade é a capital do estado, Campo Grande situada a cerca de 4 horas de viagem ao norte. A capacidade de Campo Grande é de 106 leitos de UTI; Dourados possui 46 leitos de UTI

e a população indígena que é dependente de Dourados é de 38 mil pessoas como apontado acima. Campo Grande atende toda a região ao norte da capital, que tem a população indígena estimada em cerca de 30 mil pessoas.

Em Dourados a população indígena dependente oriunda de outros municípios é maior do que aquela que sai de Dourados para ser atendida na cidade de Campo Grande. Com isso o polo de Dourados estará com a capacidade lotada e fará pressão para o atendimento na capital também. Já Amambai, que possuiu 21% da população dependente de Dourados, com uma localização mais cerca das terras e agrupamentos indígenas poderia atender essa população e ainda as terras e os agrupamentos indígenas do noroeste do Paraná, fronteira com essa região do Mato Grosso do Sul.

Figura 6: Dourados/MS – Estimativa de residentes em Terras e Agrupamentos Indígenas nos municípios de origem e destino da população para acesso a serviços de saúde



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Polo de Santarém/PA: dificuldades logísticas em Jacareacanga/PA e Oriximiná/PA

O polo de Santarém é responsável pela recepção de 41.100 indígenas, provenientes de 7 municípios: Jacareacanga (25.218), Oriximiná (8.680), Aveiro (3.008), Itaituba (1.488), Óbidos (1.237), Belterra (1.156) e Trairão (315).

Com uma área de aproximadamente 53.304 km², maior que o estado do Rio de Janeiro, localizado na região do Tapajós, o município de Jacareacanga dista aproximadamente 758 km de Santarém, em trecho em sua maior parte não pavimentado da Rodovia Transamazônica (BR-230). Outra opção mais rápida é o transporte aéreo. Por isso, devido ao grande contingente populacional da cidade, é certamente um polo para a instalação de estruturas emergenciais de atendimento à saúde indígena.

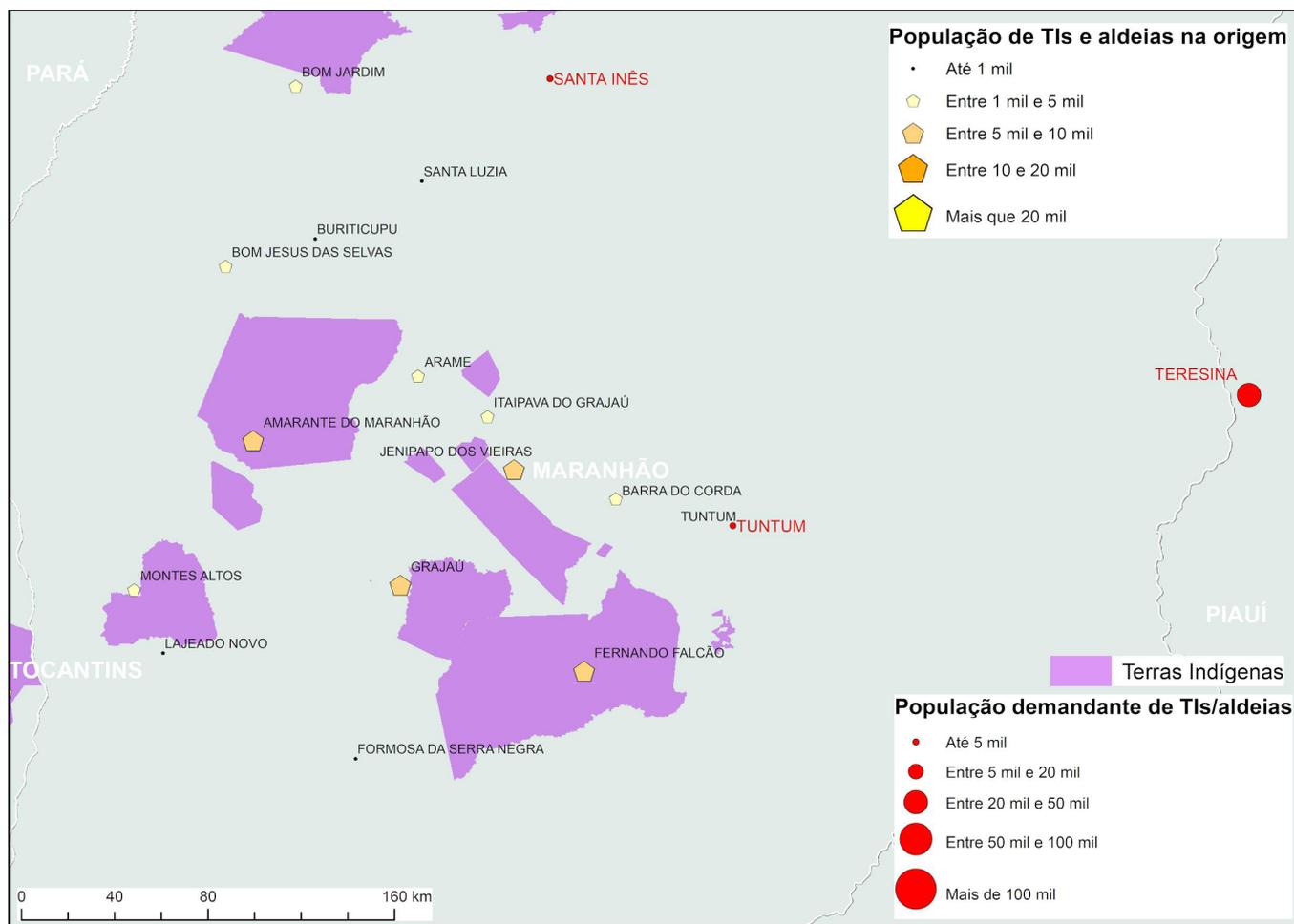
Por outro lado, o município de Oriximiná é apontado como outro polo estratégico devido à característica

dispersa das ocupações, estando a população de mais de 10 mil indígenas localizada em 58 pequenas localidades (IBGE, 2020a) ao longo de furos e lagos amazônicos ao longo dos mais de 135 mil km² que contemplam a área dos municípios vizinhos de Óbidos e Oriximiná somados, o que equivale a três vezes a área do estado do Rio de Janeiro. Nessas áreas, será fundamental a descentralização dos recursos de saúde a partir de Santarém. Esses municípios somados também possuem 71 localidades quilombolas.

A centralidade de Teresina/PI e a necessidade de novos polos em Altamira/PA e Grajaú/MA

O polo de Teresina apresenta uma população dependente de 33.928 indígenas, a contribuição de um conjunto de municípios do estado do Maranhão e do Pará que acessam a cidade através da BR-226 e pela

Figura 7: Teresina/PI – Estimativa de residentes em Terras e Agrupamentos Indígenas nos municípios de origem e destino da população para acesso a serviços de saúde



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Rodovia Transamazônica (BR-230): Altamira, no Pará (6.117), e, do Maranhão, Grajaú (6.109), Fernando Falcão (5.563), Jenipapo dos Vieiras (5.332), Barra do Corda (4.829), Arame (2.246) e outros 5 municípios (figura 7).

Esses dados mostram a importância de investimentos para que a população dependente oriunda de Altamira tenha atendimento no próprio município, evitando-se assim o deslocamento de aproximadamente 1.650 km pela Transamazônica até Teresina, em um percurso que pode levar mais de 22 horas de viagem.

A cidade de Grajaú também necessitaria ser alvo de investimentos na constituição de um novo polo, capaz de atender a população indígena proveniente dos municípios de Fernando Falcão, Jenipapo dos Vieiras, Barra do Corda, Arame, Montes Altos, Tuntum, Buriticupu, Lajeado Novo e Formosa da Serra Negra. Esse polo poderia absorver um contingente de 27.345 pessoas provenientes desses municípios.

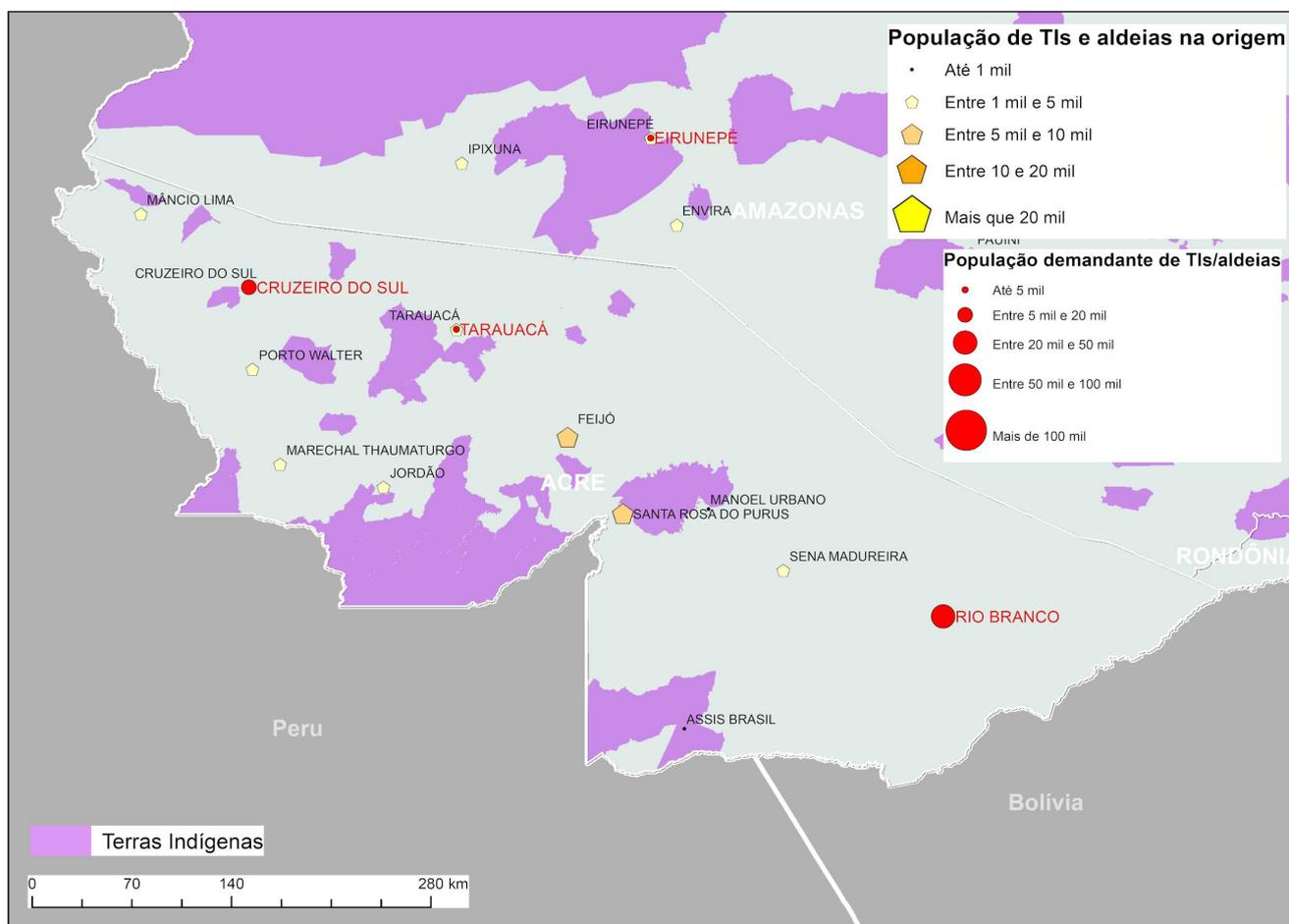
Porto Velho: Guarajá-Mirim/RO

O polo de Porto Velho apresenta a população dependente de 30.789 indígenas, sendo 16.804, isto é, 54% do total, proveniente dos municípios de Guarajá-Mirim e Nova Mamoré, de modo que sugerimos que sejam pensadas soluções que contemplem a realização de investimentos para atenção à saúde da população indígena proveniente destes dois municípios.

Polo de Rio Branco: o isolamento de Santa Rosa do Purus/AC e Tarauacá/AC

O polo de Rio Branco atrai 26.836 indígenas, que dependem do mesmo para atendimento de alta complexidade, recebendo parte da população atendida no polo de alta complexidade do Cruzeiro do Sul e do polo de baixa/média complexidade de Tarauacá, além dos municípios de Boca do Acre/AM e Pauini/AM (figura

Figura 8: Estado do Acre – Estimativa de residentes em Terras e Agrupamentos Indígenas nos municípios de origem e destino da população para acesso a serviços de saúde



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

8)

Dentre os municípios com população indígena dependente de Rio Branco, temos o município de Santa Rosa do Purus, que tem sua população indígena estimada em 6.950 pessoas. Em caso de necessidade, os pacientes em estado grave são removidos de táxi-aéreo ou helicóptero para Rio Branco. A outra forma de transporte para acesso à saúde é o uso do transporte fluvial até Manoel Urbano, uma viagem longa, e depois pela BR-364 para Rio Branco.

A região dos municípios de Jordão, Tarauacá, Feijó e Santa Rosa do Purus (19.754 indígenas no total) possui algumas terras indígenas com povos isolados e de recente contato e está localizada numa região de fronteira com o Peru, onde se localizam as reservas indígenas peruanas, tornando-se uma região de possível trânsito transfronteiriço de população indígena que pode ampliar o contágio e/ou a demanda por atendimento de saúde na parte brasileira.

Nessa região seria importante transformar o polo de baixa e média complexidade de Tarauacá num polo capaz de atender casos mais graves de COVID-19 entre os povos indígenas, considerando sua centralidade entre Cruzeiro do Sul e Rio Branco, quando o deslocamento for terrestre pela BR-364, assim como a possibilidade de deslocamento terrestre a partir de cidades como Feijó, Manoel Urbano e Sena Madureira que recebem a população residente nos braços dos rios. Esse polo teria o potencial de desafogar a demanda de 40% da população indígena dependente de Rio Branco, ao redirecioná-la para Tarauacá no caso de suspeita de COVID-19 e da presença de sintomas graves não tratáveis pelos postos de saúde, polos base de saúde indígena ou agentes indígenas de saúde.

O polo de Tarauacá poderia atrair uma população indígena de 15.012 indígenas dos municípios de: Feijó (5.525); Tarauacá (2.987); Sena Madureira (1.563); Manoel Urbano (645); e Jordão (4.293).

Por outro lado, o isolamento de Santa Rosa do Purus, torna o município particularmente importante para ações preventivas e de criação de barreiras sanitárias, considerando que já foram reportados casos suspeitos de COVID-19 na cidade e a dificuldade de acesso e transporte da região.

Oiapoque/AP

O município de Oiapoque, localizado no extremo norte do estado do Amapá, é responsável por uma população dependente de 5.690 indígenas do total de 7.265 que ocorrem a Macapá, o que representa 78,3% do total.

Além disso, a cidade está localizada a cerca de 580 km da capital, em trajeto realizado por estrada em sua maior parte não pavimentada, numa viagem que pode durar entre 10 e 12 horas.

Por isso, sinalizamos a importância de que o Oiapoque seja considerado como um polo para a instalação de estruturas emergenciais de atenção à saúde indígena.

Polo em Itarema/CE

O Ceará encontra-se em terceiro lugar em total de pessoas cujo óbito foi notificado associado à COVID-19 e quando analisamos os dados associados à figura 2 é possível verificar que existe uma população indígena dependente dos polos de Sobral (12.476 indígenas) e Fortaleza (3.111) que representa 1% e 0,3% do total de pessoas que dependem desses polos, nesse estado onde o sistema de saúde está no limite de sua capacidade de resposta e o sistema de *lockdown* já foi implementado na cidade de Fortaleza.

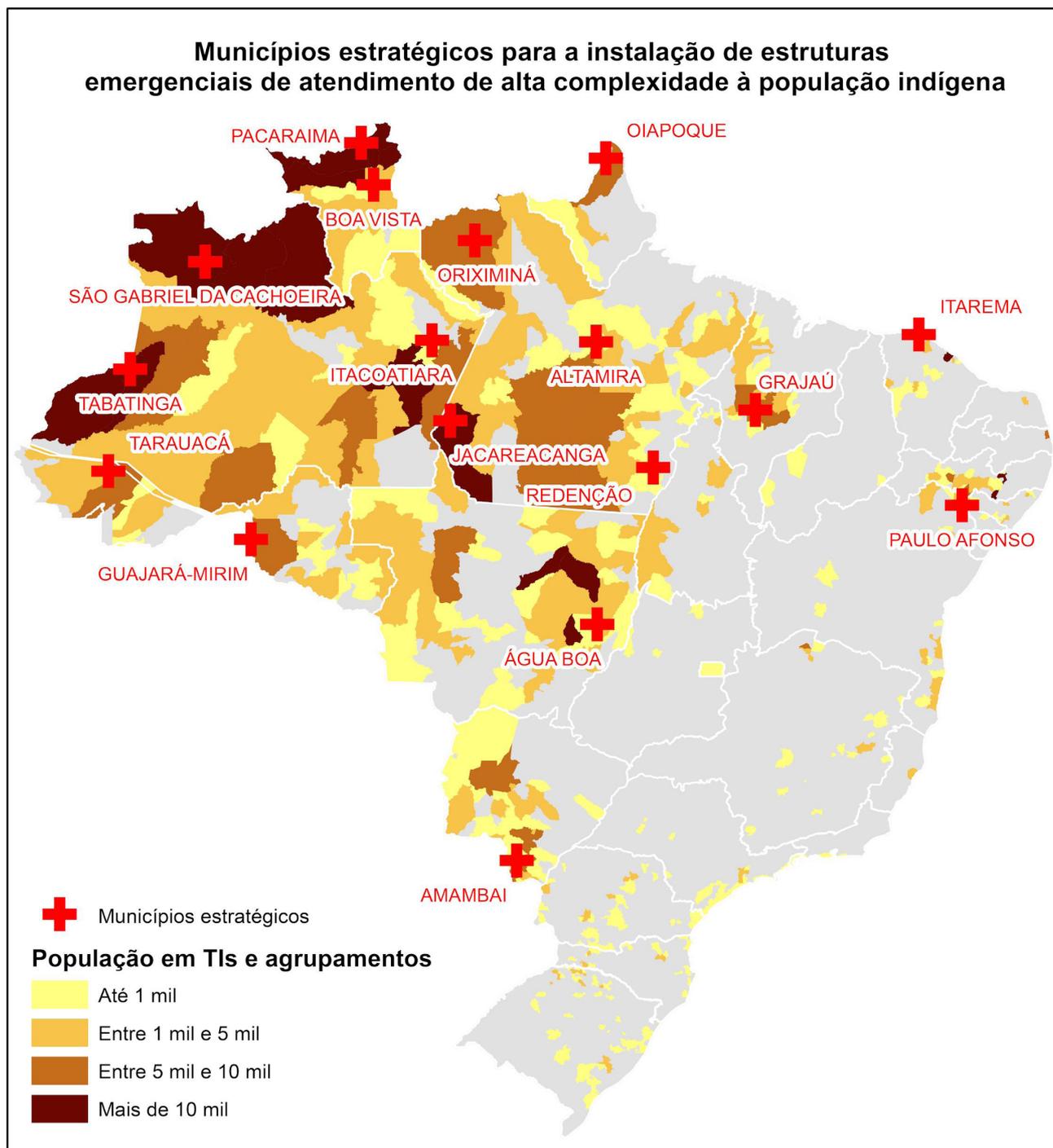
A recomendação é de que seja instalado um hospital de campanha no município de Itarema onde a população indígena é responsável por 62% da população dependente de Sobral. Esse município poderia servir de polo para a população indígena dos municípios que dependem de Sobral – Monsenhor Tabosa (2.249 indígenas), Poranga (2.050), Tamboril (311), Acaraú (108); assim como dos municípios que dependem de Fortaleza – Itapipoca (1.367), Crateús (750), Aratuba (389), Quiterianópolis (311), Novo Oriente (145), Boa Viagem (75) e Canindé (75).

O polo de Itarema/CE poderia ser referência para o atendimento de 15.587 indígenas.

Recomendações

Considerando a discussão de resultados apresentados acima, recomendamos a criação e/ou reforço de ao menos 17 polos de atendimento emergencial e preventivo aos povos indígenas para enfrentamento da COVID-19 nos municípios de São Gabriel da Cachoeira/AM, Tabatinga/AM, Itacoatiara/AM, Pacaraima/RR, Boa Vista/RR, Paulo Afonso/BA, Água Boa/MT, Redenção/PA, Jacareacanga/PA, Oriximiná/PA, Amambai/MS, Grajaú/MA, Altamira/PA, Guajará-Mirim/RO, Tarauacá/AC, Oiapoque/AP e Itarema/CE, que representamos no cartograma da figura 9.

Figura 9: Municípios estratégicos para a instalação de estruturas de atendimento emergencial e preventivo aos povos indígenas para enfrentamento da Covid-19



Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Agradecimentos

Agradecemos as contribuições de Lara Torchi Esteves, José Nagib da Silva Lima e Eli Marta Veras Barroso, fundamentais para maior conhecimento das realidades locais do Acre, de Roraima e do Maranhão, respectivamente.

Referências

AZEVEDO, Marta; DAMASCO, Fernando; ANTUNES, Marta; MARTINS, Marcos Henrique; REBOUÇAS, Matheus Pinto. *Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19 – Caderno de insumos*. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/Caderno-Demografia-Indigena-e-COVID19.pdf>, acesso em 09mai2020.

COE-COVID19/MS. Boletim Epidemiológico Especial nº 15. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Atualizado em 08/05/2020, disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/09/2020-05-06-BEE15-Boletim-do-COE.pdf>

IBGE. *Base de Informações sobre os Indígenas e Quilombolas 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. Disponível em: www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/27480-base-de-informacoes-sobre-os-povos-indigenas-e-quilombolas.html?=&t=o-que-e, acesso em 06mai2020.

_____. *Regiões de Influência das Cidades – REGIC 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/redes-e-fluxos-geograficos/15798-regioes-de-influencia-das-cidades.html?=&t=o-que-e>, acesso em 06mai2020.

_____. *O IBGE apoiando o combate à Covid-19*. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/>, acesso em 09mai2020c.

_____. *Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 167 p.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Características gerais dos indígenas. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE. 2012, 245p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3 ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em 29 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Brasil*. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>, acesso em 09mai2020.

NÚCLEO de Métodos Analíticos para Vigilância Epidemiológica do PROCC/Fiocruz & GRUPO de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19. *Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. Disponível em:

http://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/blob/master/Relatórios%20técnicos%20-%20COVID-19/procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200419-indigenas.pdf, acesso em 09mai2020.

Anexo

Tabela 4: Participação dos municípios de origem no volume de população dependente dos polos de atração (destino) da população estimada residente em Terras e Agrupamentos Indígenas para acesso a serviços de saúde (2019)

Município (polo) de destino	Estimativa de população dependente em TIs e agrupamentos	Município de origem	Estimativa populacional em TIs e agrupamentos	Participação na população total dependente do destino
MANAUS	194.885	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	44.208	23%
		TABATINGA	24.266	12%
		SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	20.140	10%
		BARCELOS	12.372	6%
		AUTAZES	12.362	6%
		BORBA	10.555	5%
		MAUÉS	8.184	4%
		BARREIRINHA	7.993	4%
		LÁBREA	7.657	4%
		JUTAÍ	6.536	3%
		MANICORÉ	5.613	3%
		TAPAUÁ	3.511	2%
		EIRUNEPÉ	3.249	2%
		TEFÉ	2.715	1%
		IPIXUNA	2.404	1%
		NOVO ARIPUANÃ	2.303	1%
		BERURI	2.068	1%
		MANAQUIRI	1.823	1%
		UARINI	1.701	1%
		ITAMARATI	1.647	1%
		NOVO AIRÃO	1.596	1%
		CAREIRO	1.546	1%
		COARI	1.476	1%
		MANACAPURU	1.176	1%
		URUCARÁ	1.070	1%
		PARINTINS	1.069	1%
		ANAMÃ	979	1%
		ITACOATIARA	971	0%
		ANORI	890	0%
		CAREIRO DA VÁRZEA	840	0%
		PRESIDENTE FIGUEIREDO	827	0%
		CARAUARI	438	0%
CANUTAMA	316	0%		
RIO PRETO DA EVA	143	0%		
NOVA OLINDA DO NORTE	137	0%		
IRANDUBA	103	0%		
BOA VISTA	75.450	PACARAIMA	14.312	19%

		ALTO ALEGRE	14.249	19%
		AMAJARI	12.456	17%
		UIRAMUTÃ	12.044	16%
		NORMANDIA	10.017	13%
		BONFIM	4.382	6%
		IRACEMA	3.157	4%
		CANTÁ	2.404	3%
		CARACARAÍ	1.508	2%
		MUCAJÁÍ	542	1%
		RORAINÓPOLIS	379	1%
RECIFE	61.044	ÁGUAS BELAS	33.774	55%
		PESQUEIRA	10.403	17%
		TACARATU	5.405	9%
		CABROBÓ	4.041	7%
		IBIMIRIM	2.358	4%
		INAJÁ	1.795	3%
		TUPANATINGA	1.350	2%
		POÇÃO	721	1%
		SALGUEIRO	660	1%
		BUÍQUE	536	1%
TABATINGA	59.772	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	22.639	38%
		BENJAMIN CONSTANT	15.577	26%
		ATALAIA DO NORTE	12.247	20%
		SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	9.310	16%
GOIÂNIA	55.485	QUERÊNCIA	16.770	30%
		CAMPINÁPOLIS	14.891	27%
		SÃO FÉLIX DO XINGU	8.073	15%
		BARRA DO GARÇAS	4.960	9%
		NOVA NAZARÉ	3.562	6%
		SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	2.201	4%
		CANARANA	1.698	3%
		RIBEIRÃO CASCALHEIRA	1.696	3%
		PORTO ALEGRE DO NORTE	465	1%
		LUCIARA	294	1%
		COCALINHO	277	1%
		ARUANÃ	205	0%
		BOM JESUS DO ARAGUAIA	101	0%
		NOVA AMÉRICA	95	0%
		SANTA MARIA DAS BARREIRAS	83	0%
		ARAGUAÇU	57	0%
		MINAÇU	50	0%
		REDENÇÃO	6	0%
SANTARÉM	41.100	JACAREACANGA	25.218	61%
		ORIXIMINÁ	8.680	21%
		AVEIRO	3.008	7%
		ITAITUBA	1.488	4%

		ÓBIDOS	1.237	3%
		BELTERRA	1.156	3%
		TRAIRÃO	315	1%
DOURADOS	38.467	AMAMBAI	7.954	21%
		ITAPORÃ	6.124	16%
		CAARAPÓ	5.444	14%
		PARANHOS	5.247	14%
		TACURU	3.695	10%
		CORONEL SAPUCAIA	3.549	9%
		DOURADINA	1.344	3%
		ANTÔNIO JOÃO	1.076	3%
		LAGUNA CARAPÃ	918	2%
		RIO BRILHANTE	656	2%
		JUTI	591	2%
		PONTA PORÃ	565	1%
		ELDORADO	539	1%
		MARACAJU	361	1%
		SETE QUEDAS	284	1%
		NAVIRÁI	119	0%
TERESINA	33.928	ALTAMIRA	6.117	18%
		GRAJAÚ	6.109	18%
		FERNANDO FALCÃO	5.563	16%
		JENIPAPO DOS VIEIRAS	5.332	16%
		BARRA DO CORDA	4.829	14%
		ARAME	2.246	7%
		MONTES ALTOS	1.854	5%
		TUNTUM	799	2%
		BURITICUPU	389	1%
		LAJEADO NOVO	224	1%
		URUÇUÍ	191	1%
		QUEIMADA NOVA	186	1%
		FORMOSA DA SERRA NEGRA	90	0%
PORTO VELHO	30.789	GUAJARÁ-MIRIM	8.713	28%
		NOVA MAMORÉ	8.091	26%
		JI-PARANÁ	4.475	15%
		HUMAITÁ	2.174	7%
		SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ	1.583	5%
		ESPIGÃO D'OESTE	1.546	5%
		GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA	1.398	5%
		CACOAL	1.279	4%
		VILHENA	1.097	4%
		SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ	345	1%
		JARU	56	0%
		CACAULÂNDIA	25	0%
		ALVORADA D'OESTE	8	0%
CAMPO GRANDE	30.173	AQUIDAUANA	7.691	25%

		DOURADOS	7.216	24%
		MIRANDA	7.034	23%
		SIDROLÂNDIA	1.916	6%
		DOIS IRMÃOS DO BURITI	1.884	6%
		PORTO MURTINHO	1.836	6%
		NIOAQUE	1.684	6%
		BELA VISTA	464	2%
		BODOQUENA	141	0%
		CORUMBÁ	141	0%
		JARDIM	86	0%
		JARAGUARI	81	0%
CUIABÁ	28.761	GAÚCHA DO NORTE	4.925	17%
		COMODORO	4.209	15%
		JUÍNA	4.137	14%
		GENERAL CARNEIRO	4.012	14%
		APIACÁS	2.484	9%
		SÃO JOSÉ DO XINGU	2.161	8%
		SANTA TEREZINHA	2.091	7%
		TANGARÁ DA SERRA	1.391	5%
		RONDONÓPOLIS	1.068	4%
		SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	515	2%
		CONFRESA	344	1%
		CAMPOS DE JÚLIO	320	1%
		ÁGUA BOA	298	1%
		NOBRES	242	1%
		PONTES E LACERDA	145	1%
		CANABRAVA DO NORTE	130	0%
		BARÃO DE MELGAÇO	125	0%
		NOVO SÃO JOAQUIM	124	0%
		DIAMANTINO	20	0%
		PLANALTO DA SERRA	20	0%
RIO BRANCO	26.836	SANTA ROSA DO PURUS	6.950	26%
		FEIJÓ	5.525	21%
		PAUINI	3.903	15%
		BOCA DO ACRE	3.215	12%
		TARAUACÁ	2.987	11%
		SENA MADUREIRA	1.563	6%
		CRUZEIRO DO SUL	1.207	4%
		ASSIS BRASIL	842	3%
		MANOEL URBANO	645	2%
SALVADOR	15.817	PORTO SEGURO	4.425	28%
		ABARÉ	4.134	26%
		GLÓRIA	2.843	18%
		BANZAË	2.580	16%
		EUCLIDES DA CUNHA	764	5%
		RODELAS	476	3%

		IBOTIRAMA	430	3%
		PAULO AFONSO	124	1%
		SERRA DO RAMALHO	41	0%
ITABUNA	14.906	ILHÉUS	4.909	33%
		SANTA CRUZ CABRÁLIA	3.578	24%
		ITAJU DO COLÔNIA	2.283	15%
		PAU BRASIL	2.135	14%
		BUERAREMA	1.582	11%
		BELMONTE	278	2%
		CAMACAN	141	1%
MAMANGUAPE	14.384	MARCAÇÃO	8.827	61%
		BAÍA DA TRAIÇÃO	5.558	39%
MACEIÓ	13.972	JOAQUIM GOMES	4.760	34%
		PALMEIRA DOS ÍNDIOS	4.647	33%
		PARICONHA	1.616	12%
		SÃO SEBASTIÃO	1.334	10%
		MATRIZ DE CAMARAGIBE	857	6%
		FEIRA GRANDE	473	3%
		TRAIPIU	107	1%
		COLÔNIA LEOPOLDINA	99	1%
		NOVO LINO	79	1%
SORRISO	13.001	FELIZ NATAL	12.319	95%
		NOVA UBIRATÃ	682	5%
SERRA TALHADA	12.663	CARNAUBEIRA DA PENHA	9.910	78%
		FLORESTA	2.737	22%
		BETÂNIA	17	0%
SOBRAL	12.476	ITAREMA	7.758	62%
		MONSENHOR TABOSA	2.249	18%
		PORANGA	2.050	16%
		TAMBORIL	311	2%
		ACARAÚ	108	1%
IMPERATRIZ	11.524	AMARANTE DO MARANHÃO	5.288	46%
		TOCANTINÓPOLIS	3.004	26%
		BOM JESUS DO TOCANTINS	2.117	18%
		BOM JESUS DAS SELVAS	1.003	9%
		RONDON DO PARÁ	112	1%
MONTES CLAROS	11.460	SÃO JOÃO DAS MISSÕES	8.969	78%
		ITACARAMBI	2.381	21%
		MATIAS CARDOSO	110	1%
SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	11.256	AMATURÁ	6.095	54%
		TONANTINS	5.160	46%
BELÉM	10.983	SANTARÉM	4.845	44%
		PARAGOMINAS	2.242	20%
		MOJU	1.305	12%
		SENADOR JOSÉ PORFÍRIO	1.152	10%
		BRASIL NOVO	889	8%

		TOMÉ-AÇU	436	4%
		PORTO DE MOZ	74	1%
		PORTEL	40	0%
SINOP	9.767	JUARA	6.512	67%
		PEIXOTO DE AZEVEDO	1.901	19%
		MARCELÂNDIA	848	9%
		MATUPÁ	248	3%
		TABAPORÁ	227	2%
		GUARANTÁ DO NORTE	32	0%
TANGARÁ DA SERRA	9.347	BRASNORTE	5.852	63%
		SAPEZAL	1.435	15%
		BARRA DO BUGRES	1.127	12%
		CAMPO NOVO DO PARECIS	934	10%
PASSO FUNDO	8.929	TENENTE PORTELA	1.744	20%
		RONDA ALTA	1.046	12%
		NONOAI	1.006	11%
		IRAÍ	810	9%
		FAXINALZINHO	717	8%
		ERECHIM	484	5%
		CONSTANTINA	470	5%
		TRÊS PALMEIRAS	461	5%
		GETÚLIO VARGAS	443	5%
		IBIRAIARAS	384	4%
		GRAMADO DOS LOUREIROS	365	4%
		MATO CASTELHANO	279	3%
		MULITERNO	205	2%
		RIO DOS ÍNDIOS	148	2%
		SALTO DO JACUÍ	148	2%
		SANANDUVA	119	1%
		CARAZINHO	101	1%
TEFÉ	8.847	FONTE BOA	4.091	46%
		ALVARÃES	2.127	24%
		MARAÃ	1.735	20%
		JURUÁ	894	10%
MACAPÁ	7.265	OIAPOQUE	5.690	78%
		PEDRA BRANCA DO AMAPARI	1.523	21%
		LARANJAL DO JARI	51	1%
XANXERÊ	6.851	IPUAÇU	3.691	54%
		CHAPECÓ	1.650	24%
		ENTRE RIOS	946	14%
		ABELARDO LUZ	564	8%
REDENÇÃO	6.404	OURILÂNDIA DO NORTE	3.267	51%
		CUMARU DO NORTE	2.119	33%
		PAU D'ARCO	803	13%
		BANNACH	214	3%
CRUZEIRO DO SUL	5.836	MARECHAL THAUMATURGO	3.613	62%

		MÂNCIO LIMA	1.220	21%
		PORTO WALTER	1.003	17%
SÃO LUÍS	5.738	ZÉ DOCA	1.860	32%
		BOM JARDIM	1.416	25%
		CENTRO NOVO DO MARANHÃO	1.246	22%
		MARANHÃOZINHO	454	8%
		CENTRO DO GUILHERME	378	7%
		ARAGUANÃ	339	6%
		SANTA LUZIA	46	1%
SÃO PAULO	5.400	BOA VISTA	3.305	61%
		TUCURUÍ	1.707	32%
		SETE BARRAS	216	4%
		PARIQUERA-AÇU	172	3%
PALMAS	5.315	FORMOSO DO ARAGUAIA	1.950	37%
		LAGOA DA CONFUSÃO	1.812	34%
		PIUM	1.176	22%
		SANDOLÂNDIA	292	5%
		PEDRO AFONSO	86	2%
PAULO AFONSO	5.153	JATOBÁ	4.213	82%
		PETROLÂNDIA	824	16%
		ÁGUA BRANCA	116	2%
TUCURUÍ	5.092	NOVO REPARTIMENTO	4.711	93%
		GOIANÉSIA DO PARÁ	235	5%
		BAIÃO	146	3%
VITÓRIA	4.950	ARACRUZ	4.950	100%
ARAGUAÍNA	4.923	GOIATINS	1.937	39%
		PARAUPEBAS	1.166	24%
		SÃO GERALDO DO ARAGUAIA	943	19%
		MARABÁ	458	9%
		SANTA FÉ DO ARAGUAIA	420	9%
LARANJEIRAS DO SUL	4.345	NOVA LARANJEIRAS	4.345	100%
TARAUACÁ	4.293	JORDÃO	4.293	100%
TENENTE PORTELA	4.242	REDENTORA	4.050	95%
		VICENTE DUTRA	192	5%
RONDONÓPOLIS	4.013	SANTO ANTÔNIO DO LESTE	2.335	58%
		POXORÉU	1.678	42%
MUNDO NOVO	3.837	JAPORÃ	3.837	100%
JI-PARANÁ	3.783	RONDOLÂNDIA	3.783	100%
PORTO ALEGRE	3.780	CAMAQUÃ	2.268	60%
		BARRA DO RIBEIRO	457	12%
		RIO GRANDE	297	8%
		SANTA MARIA	219	6%
		LAJEADO	137	4%
		MARIANA PIMENTEL	91	2%
		TORRES	91	2%
		CAÇAPAVA DO SUL	73	2%

		CAPIVARI DO SUL	50	1%
		CRISTAL	32	1%
		MAQUINÉ	24	1%
		TABAÍ	23	1%
		PALMARES DO SUL	17	0%
TEIXEIRA DE FREITAS	3.755	PRADO	3.345	89%
		ITAMARAJU	410	11%
LONDRINA	3.526	TAMARANA	2.066	59%
		SÃO JERÔNIMO DA SERRA	1.130	32%
		SANTA AMÉLIA	178	5%
		RIBEIRÃO DO PINHAL	128	4%
		ABATIÁ	24	1%
PROPRÍÁ	3.483	PORTO REAL DO COLÉGIO	3.338	96%
		SÃO BRÁS	145	4%
CACOAL	3.382	ALTA FLORESTA D'OESTE	2.298	68%
		PIMENTA BUENO	972	29%
		PARECIS	112	3%
ALTAMIRA	3.191	ANAPU	2.184	68%
		URUARÁ	582	18%
		VITÓRIA DO XINGU	425	13%
RIO DO SUL	3.189	VITOR MEIRELES	1.747	55%
		JOSÉ BOITEUX	1.443	45%
CASCADEL	3.144	TERRA ROXA	1.151	37%
		LARANJEIRAS DO SUL	911	29%
		ESPIGÃO ALTO DO IGUAÇU	548	17%
		DIAMANTE D'OESTE	533	17%
FORTALEZA	3.111	ITAPIPOCA	1.367	44%
		CRATEÚS	750	24%
		ARATUBA	389	13%
		QUITERIANÓPOLIS	311	10%
		NOVO ORIENTE	145	5%
		BOA VIAGEM	75	2%
		CANINDÉ	75	2%
CAPITÃO POÇO	2.933	NOVA ESPERANÇA DO PIRIÁ	2.899	99%
		GARRAFÃO DO NORTE	34	1%
MARÃ	2.745	JAPURÁ	2.745	100%
SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	2.737	ALTO BOA VISTA	2.737	100%
PATO BRANCO	2.444	CHOPINZINHO	822	34%
		PALMAS	694	28%
		MANGUEIRINHA	600	25%
		CORONEL VIVIDA	214	9%
		CLEVELÂNDIA	114	5%
PRIMAVERA DO LESTE	2.389	PARANATINGA	2.389	100%
RODEIO BONITO	2.165	PLANALTO	1.535	71%
		LIBERATO SALZANO	423	20%
		ERVAL SECO	207	10%

BELO HORIZONTE	1.883	GOVERNADOR VALADARES	1.509	80%
		BARBACENA	343	18%
		GUANHÃES	31	2%
TAPEJARA	1.855	CHARRUA	1.652	89%
		ÁGUA SANTA	203	11%
JUÍNA	1.734	ARIPUANÃ	1.623	94%
		COTRIGUAÇU	98	6%
		COLNIZA	13	1%
PETROLINA	1.707	CURAÇÁ	1.603	94%
		OROCÓ	104	6%
ERECHIM	1.692	BENJAMIN CONSTANT DO SUL	1.692	100%
ILHÉUS	1.682	UNA	1.682	100%
SANTA INÊS	1.648	SÃO JOÃO DO CARÚ	1.648	100%
IVAIPORÃ	1.628	MANOEL RIBAS	1.089	67%
		CÂNDIDO DE ABREU	539	33%
PARAGOMINAS	1.493	IPIXUNA DO PARÁ	1.493	100%
UMUARAMA	1.430	GUÁIRA	1.325	93%
		IVATÉ	78	5%
		ALTÔNIA	27	2%
VILHENA	1.302	CHUPINGUAIA	960	74%
		CORUMBIARA	341	26%
PEDRO AFONSO	1.242	ITACAJÁ	1.242	100%
NATAL	1.210	JOÃO CÂMARA	1.210	100%
CAPANEMA	1.161	SANTA LUZIA DO PARÁ	1.161	100%
EIRUNEPÉ	1.127	ENVIRA	1.127	100%
CHAPECÓ	1.089	SEARA	586	54%
		SAUDADES	215	20%
		ARVOREDO	144	13%
		CUNHA PORÃ	123	11%
		PAIAL	22	2%
RORAINÓPOLIS	1.049	CAROEBE	551	53%
		SÃO JOÃO DA BALIZA	498	47%
SANTO AUGUSTO	1.044	SÃO VALÉRIO DO SUL	1.044	100%
TUNTUM	1.008	ITAIPAVA DO GRAJAÚ	1.008	100%
URUARÁ	980	PLACAS	980	100%
PONTA PORÃ	970	ARAL MOREIRA	970	100%
PARINTINS	953	NHAMUNDÁ	953	100%
PONTES E LACERDA	923	CONQUISTA D'OESTE	492	53%
		VILA BELA DA SANTÍSSIMA TRINDADE	251	27%
		NOVA LACERDA	180	20%
SÃO JOSÉ DO OURO	919	CACIQUE DOBLE	919	100%
TEÓFILO OTONI	873	BERTÓPOLIS	503	58%
		SANTA HELENA DE MINAS	228	26%
		LADAINHA	142	16%
BAURU	808	AVÁI	808	100%
POÇOS DE CALDAS	779	SANTA RITA DE CALDAS	625	80%

		CALDAS	154	20%
XINGUARA	698	ÁGUA AZUL DO NORTE	698	100%
FOZ DO IGUAÇU	630	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	630	100%
TELÊMACO BORBA	597	ORTIGUEIRA	597	100%
PARIQUERA-AÇU	594	IGUAPE	268	45%
		CANANÉIA	202	34%
		ITARIRI	110	19%
		ELDORADO	13	2%
SALGUEIRO	584	MIRANDIBA	516	88%
		BELÉM DO SÃO FRANCISCO	68	12%
GUARAPUAVA	546	TURVO	546	100%
AUGUSTINÓPOLIS	544	MAURILÂNDIA DO TOCANTINS	476	87%
		SÃO BENTO DO TOCANTINS	68	13%
CARAGUATATUBA	527	PARATY	527	100%
RONDA ALTA	522	ENGENHO VELHO	522	100%
MARABÁ	461	ITUPIRANGA	242	52%
		BREJO GRANDE DO ARAGUAIA	219	48%
SANTOS	461	PERUÍBE	408	88%
		BERTIOGA	54	12%
VOLTA REDONDA	460	ANGRA DOS REIS	460	100%
ARACAJU	335	PORTO DA FOLHA	335	100%
SOROCABA	334	TAPIRAÍ	334	100%
NAVIRAI	328	IGUATEMI	328	100%
GETÚLIO VARGAS	306	EREBANGO	306	100%
DIVINÓPOLIS	304	MARTINHO CAMPOS	251	83%
		ITAPECERICA	53	17%
ROLIM DE MOURA	300	ALTO ALEGRE DOS PARECIS	300	100%
GUANHÃES	289	CARMÉSIA	289	100%
BRASÍLIA	267	MUQUÉM DO SÃO FRANCISCO	267	100%
GOVERNADOR VALADARES	266	RESPLENDOR	262	98%
		TEÓFILO OTONI	4	2%
REGISTRO	246	MIRACATU	246	100%
OURO PRETO DO OESTE	228	MIRANTE DA SERRA	228	100%
TIMBÓ	214	DOUTOR PEDRINHO	214	100%
ZÉ DOCA	194	NOVA OLINDA DO MARANHÃO	194	100%
MEDIANEIRA	183	ITAIPULÂNDIA	183	100%
JOINVILLE	178	SÃO FRANCISCO DO SUL	69	38%
		BALNEÁRIO BARRA DO SUL	64	36%
		GARUVA	46	26%
ITAPORANGA	167	BARÃO DE ANTONINA	167	100%
TOLEDO	160	SANTA HELENA	160	100%
PARANAGUÁ	151	GUARAQUEÇABA	151	100%
CURITIBA	138	PARANAGUÁ	138	100%
SANTO ÂNGELO	137	SÃO MIGUEL DAS MISSÕES	137	100%
TUBARÃO	134	IMARUÍ	134	100%
BARRETOS	132	MONTE NEGRO	132	100%

CERES	129	RUBIATABA	129	100%
FLORIANÓPOLIS	128	TIJUCAS	128	100%
MAFRA	127	ITAIÓPOLIS	127	100%
IPATINGA	119	AÇUCENA	119	100%
JACAREZINHO	118	TOMAZINA	118	100%
SANTANA DO IPANEMA	116	INHAPI	116	100%
IRATI	112	INÁCIO MARTINS	112	100%
SÃO JOÃO BATISTA	110	MAJOR GERCINO	110	100%
ARAPIRACA	95	CAMPO GRANDE	95	100%
MÃE DO RIO	92	AURORA DO PARÁ	92	100%
SETE LAGOAS	75	POMPÉU	75	100%
CASTANHAL	74	SANTA MARIA DO PARÁ	74	100%
VALENÇA	72	CAMAMU	72	100%
TRÊS LAGOAS	71	BRASILÂNDIA	71	100%
TRAMANDAÍ	64	CARAÁ	64	100%
JAÚ	62	ITAPORANGA	62	100%
TAQUARA	55	RIOZINHO	55	100%
ITAMBACURI	40	CAMPANÁRIO	40	100%
IJUÍ	37	SANTO ÂNGELO	37	100%

Data de recebimento: Maio/2020

Data de publicação: Junho/2020