



Justiça Federal da 3ª Região
Justiça Federal da 3ª Região - 1º grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 5003454-22.2020.4.03.6000 em 18/05/2020 22:43:59 por LUIZ EDUARDO CAMARGO OUTEIRO HERNANDES
Documento assinado por:

- LUIZ EDUARDO CAMARGO OUTEIRO HERNANDES

Consulte este documento em:
<http://pje1g.trf3.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: **20051822432834200000029444205**
ID do documento: **32405747**





MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**EXCELENTÍSSIMO(A) JUIZ(ÍZA) FEDERAL DA_ª VARA FEDERAL DA SEÇÃO
JUDICIÁRIA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

URGENTE

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, pelo procurador da República signatário, vem, com fundamento nos artigos 127 e 129, V, da Constituição da República, bem como nos artigos 2º e 6º, VII, *a e c*, ambos da Lei Complementar nº 75/93, e, ainda, com supedâneo na Lei nº 7.347/85, ajuizar

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE
URGÊNCIA**

em face de:

UNIÃO FEDERAL, pessoa jurídica de direito público interno, representada judicialmente pela Procuradoria da União (art. 9º, § 3º, LC 73/93), com citação

na pessoa do respectivo Procurador-Chefe (art. 35, IV, LC 73/93), com sede na Avenida Afonso Pena, n.º 6.134, Bairro Chácara Cachoeira, Campo Grande-MS, CEP 79.040-010, telefone (67) 3324-1836.

Pelas razões de fato e de direito a seguir expendidas.

1. OBJETO DA DEMANDA.

A presente demanda tem como finalidade garantir a efetividade do **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas da SESAI** e do **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS**, mediante a obtenção, em caráter liminar de urgência, de provimento jurisdicional condenatório contra a União, em obrigação de fazer consistente em adquirir e distribuir ao Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, inclusive aos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, bem como aos profissionais das Casas de Saúde Indígena e Polos-Base, **no contexto da pandemia de covid-19**, conforme recomendação da Anvisa por meio da **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 04/2020**¹.

1 ANVISA, **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 04/2020**. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>> Acesso em: 18 maio. 2020.

Ainda, disponibilizar equipes de resposta rápida para a investigação de casos confirmados da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), em apoio ao DSEI-MS, realizar levantamento e providenciar abastecimento dos insumos para atendimento de pacientes suspeitos para infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), abastecer estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes dos DSEI e garantir a logística de controle, distribuição e remanejamento de insumos para os Polos Base.

Por fim, avaliar a execução de medidas isolamento e buscar estratégias locais de isolamento, baseadas nas estruturas disponíveis e efetivas condições para sua realização, e buscar alternativas de promoção de isolamento em locais fora das comunidades ou em locais adequados.

Com o advento da pandemia mundial decorrente da disseminação da Covid-19, as ações de proteção à saúde dos indígenas no Mato Grosso do Sul merecem especial atenção. Isso porque, em virtude de suas especificidades imunológicas e epidemiológicas, os povos indígenas são particularmente suscetíveis ao novo coronavírus, sobretudo tendo em vista que doenças respiratórias são uma das principais causas de óbitos entre estes povos.

2. INDÍGENAS. ESPECIFICIDADES IMUNOLÓGICAS E EPIDEMIOLÓGICAS.

PANDEMIA MUNDIAL DE COVID-19.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente que o mundo vive uma pandemia decorrente da disseminação da Covid-19². Da doença, causada pelo SARS-CoV-2 (coronavírus), decorrem sintomas que variam de um simples resfriado até uma pneumonia severa. Cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar decorrentes de dificuldade respiratória e, desses casos, aproximadamente 5% podem demandar suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório)³.

A situação é alarmante e preocupa toda a humanidade. A patologia viral já atingiu mais de dois milhões de pessoas em todo mundo, com o falecimento de mais de 150 mil seres humanos⁴. Contudo, em virtude de suas especificidades imunológicas e epidemiológicas, os povos indígenas são particularmente suscetíveis ao novo coronavírus.

2 Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/oms-decreta-pandemia-mundial-por-novo-coronavirus-24298652>> Acesso em: 18 maio. 2020.

3 Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>> Acesso em: 18 maio. 2020.

4 Disponível em <<https://oglobo.globo.com/mundo/mortes-por-coronavirus-no-mundo-chegam-150-mil-um-aumento-de-50-em-uma-semana-24379015>> Acesso em: 18 maio. 2020.

Conforme reconhece o **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas da SESAI⁵**, as doenças respiratórias são uma das principais causas de óbitos entre estes povos:

“Tratando-se de populações indígenas, destacam-se três questões a serem consideradas na elaboração/adequação dos Planos de Contingência estaduais e municipais: a vulnerabilidade epidemiológica, a atenção diferenciada à saúde, inerente à atuação em contexto intercultural, e a influência de aspectos socioculturais no fluxo de referência no Sistema Único de Saúde (SUS).

Historicamente, observou-se maior vulnerabilidade biológica dos povos indígenas a viroses, em especial às infecções respiratórias. As epidemias e os elevados índices de mortalidade pelas **doenças transmissíveis contribuíram de forma significativa na redução do número de indígenas que vivem no território brasileiro.** As doenças do aparelho respiratório ainda continuam sendo a principal causa de mortalidade infantil na população indígena”.

⁵ Anexo à petição inicial. Também disponível em <https://drive.google.com/drive/folders/1ti4y0weLDsJydl-R3r2FuxDf8XWDn2O_> Acesso em: 18 maio. 2020.

Além da maior vulnerabilidade imunológica e epidemiológica, aspectos socioculturais indígenas, como concepções ampliadas de família e de núcleo doméstico, habitações em casas coletivas e compartilhamentos de utensílios, podem facilitar o contágio exponencial da doença nas aldeias⁶.

A situação de especial vulnerabilidade social e econômica a que estão submetidos os povos indígenas no país, bem como as dificuldades logísticas de comunicação e de acesso aos territórios, agravam o risco à saúde dos indígenas no Estado do Mato Grosso do Sul.

A situação de vulnerabilidade sanitária dos povos indígena no Estado do Mato Grosso do Sul foi reconhecida no **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS**⁷, segundo o qual:

“Este Plano de Contingência foi elaborado considerando a vulnerabilidade epidemiológica, a atenção diferenciada à saúde, inerente à atuação em contexto intercultural e a influência de aspectos socioculturais no fluxo de referência no Sistema Único de Saúde (SUS)”.

⁶ Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52030530>> Acesso em: 18 maio. 2020.

⁷ Anexo à petição inicial. Também disponível em <https://drive.google.com/drive/folders/1ti4y0weLDsJYdL-R3r2FuxDf8XWDn2O_> Acesso em: 18 maio. 2020.

Nesse contexto, o próprio DSEI-MS reconhece no PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS a vulnerabilidade das populações indígenas quanto às doenças respiratórias:

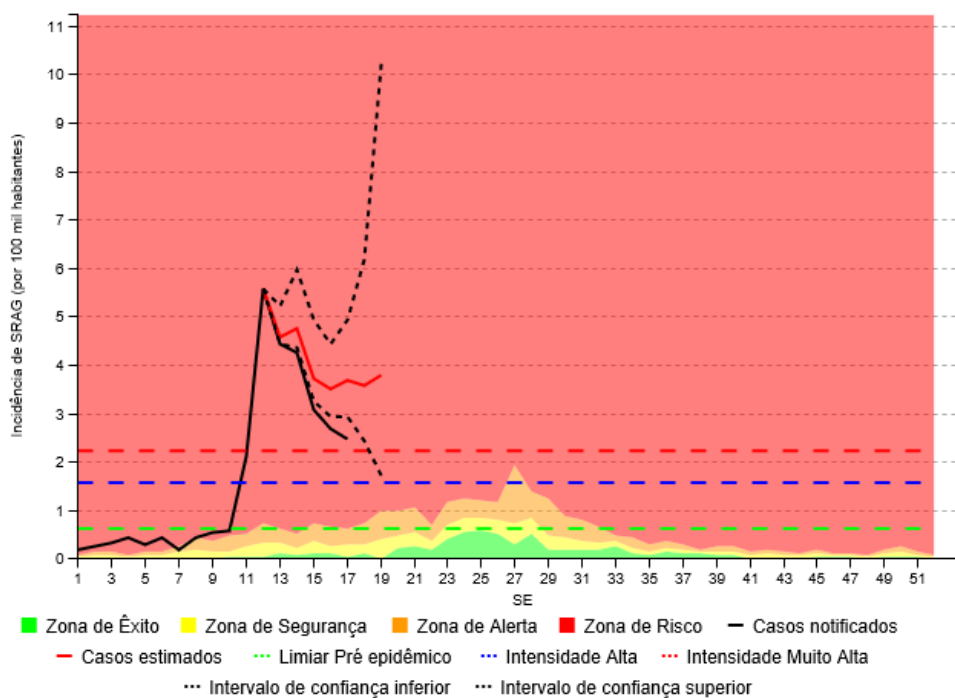
“Reconhece-se a vulnerabilidade das populações indígenas as doenças respiratórias, as especificidades étnicas, culturais e modo de vida dos povos indígenas. Os determinantes sociais impactam diretamente no setor saúde como a falta de condições dignas de saneamento e abastecimento de água, educação deficitária, baixo acesso a alimentação adequada e habitação digna, carência de projetos voltados para geração de renda e emprego, falta de segurança pública e fomento à produção de subsistência autossustentável, falta de incentivo ao esporte, cultura e lazer e a insipiência de políticas públicas para os povos indígenas, tem como consequência os agravos à saúde como a incidência de infecções agudas do trato respiratório, infecções intestinais, doenças infectocontagiosas com tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis”.

Segundo o 4º relatório - 18 abril 2020, sobre os **“Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica”**, elaborado pelo Núcleo de Métodos Analíticos para

Vigilância em Epidemiologia do PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, pelo Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 e colaboradores:

“A população indígena em zona urbana reside majoritariamente em municípios com alto risco para COVID-19, totalizando 190.767 indígenas nessa situação. Corresponde a 67,5% da população indígena urbana do Centro-Oeste e 79,4% da região Sul-Sudeste”.

Conforme dados do “Monitoramento de casos reportados de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) hospitalizados”, elaborado pela FIOCRUZ, a curva de incidência da SRAG no Estado do Mato Grosso do Sul atualmente é⁸:



⁸ Disponível em <<http://info.gripe.fiocruz.br/>> Acesso em: 18 maio.

A curva de incidência da SRAG no Estado do Mato Grosso do Sul

representada no gráfico acima demonstra atividade muito alta de SRAG no Estado do Mato Grosso do Sul, corroborando o alto risco para a COVID-19, ao qual estão submetidos os indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul.

Conforme dados extraído do sítio do Ministério da Saúde, a população indígena no Estado do Mato Grosso do Sul corresponde a uma população de 80.841 indígenas, divididas em 8 etnias, 78 aldeias, as quais são atendidas pelo **DSEI – MATO GROSSO DO SUL**:

DSEI MATO GROSSO DO SUL

População: 80.841

Etnias: 8

Aldeias: 78

Unidade Básica de Saúde Indígena: 75

Polo Base: 14

Casa de Saúde Indígena: 3

Área (em Km²): 232.234,65

Diante do exposto, considerando o histórico de disseminação de epidemias entre os povos indígenas, em especial no Estado do Mato Grosso do Sul, impõe-se a adoção de medidas de proteção à saúde dos povos indígenas, como ação imprescindível no enfrentamento da disseminação de COVID-19.

3. IMPOSSIBILIDADE DE CONTROLE DA PANDEMIA SEM A ADOÇÃO DE MEDIDAS EFETIVAS E CONTÍNUAS.

Nesse novo contexto de pandemia, no Brasil, reconheceu-se a emergência de saúde pública, bem como a necessidade de adoção de medidas de isolamento social como forma de evitar a dispersão do vírus pelo país⁹.

Diante disso, especificamente quanto aos indígenas, a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI divulgou o **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas**. Com base em tal plano nacional, o Distrito Sanitário Especial Indígena-MS também apresentou o **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS**. O documento elenca as vulnerabilidades sanitárias específicas da população. Uma das medidas para o combate à pandemia é o fornecimento de equipamentos de proteção individual - EPIs.

Atendendo à solicitação da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, no OFÍCIO Nº 492/2020/SESAI/GAB/SESAI/MS, Brasília, de 16 de abril de 2020, a Secretaria Especial de Saúde Indígena encaminhou o **Relatório das Ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da COVID-19**, atualizado em 15 de abril de 2020.

⁹ Disponível em <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46536-saude-regulamenta-condicoes-de-isolamento-e-%20quarentena>> Acesso em: 18 maio.

Segundo o Relatório das Ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da COVID-19, a posição de estoque de insumos no Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI-MS, em 15 de abril de 2020, era de 400 Máscara cirúrgica descartável, 0 Álcool em gel 70%, 263 Álcool líquido 70%, 68 Máscara N95, classe PFF-2, 6.200 Luvas para procedimento P, 38.800 Luvas para procedimento M, 2.800 Luvas para procedimento G, 2.300 Aventais descartáveis e 5.000 Toucas descartáveis:

DSEI	Máscara cirúrgica descartável	Álcool em gel 70%	Álcool líquido 70%	Máscara N95, classe PFF-2
Alagoas e Sergipe	582	11	75	0
Altamira	150	0	24 litros	0
Alto Rio Juruá	7.150	257	0	240
Alto Rio Negro	8.000	20	0	16
Alto Rio Purus	3.000	0	0	45
Alto Rio Solimões	4.500	0	20	0
Amapá e Norte do Pará	160.000	0	600	125
Araguaia	2.650	0	56	960
Bahia	100	14	348	0
Ceará	1.944	80	0	260
Cuiabá	19.750	139	404 litros	0
Guama-Tocantins	0	0	0	0
Interior Sul	0	0	0	0
Kaiapó do Mato Grosso	1.000	0	188	90
Kaiapó do Pará	450	0	120	0
Leste Roraima	0	438 unidades	1.562	0
Litoral Sul	12.250	0	68	30
Manaus	50	0	0	0

Maranhão	8.370	65	0	701
Mato Grosso do Sul	400	0	263	68
Médio Rio Purus	2.000	250	0	0
Médio Rio Solimões e Afluentes	200	0	0	0
Minas Gerais e Espírito Santo	3647	396	123	0
Parintins	1.165	0	15 frascos	0
Pernambuco	200	9	269 Litros	0
Porto Velho	4.750	16	21	21
Rio Tapajós	2.500	0	0	402
Potiguara	2.900	0	16	3
Tocantins	0	0	0	0
Vale do Javari	750	0	120	0
Vilhena	6.050	2	572	16
Xavanta	9.200	0	181	29
Yanomami	0	0	1.476	50
Xingu	8.000	36	112	30

DSEI	Luva para procedimento P	Luva para procedimento M	Luva para procedimento G	Avental descartável	Touca descartável
Alagoas e Sergipe	32.494	4.500	5.200	540	1.185
Altamira	0	600	400	300	200
Alto Rio Juruá	100	13.900	38.800	4.110	5.400
Alto Rio Negro	67.000	25.000	16.000	3.600	8.200
Alto Rio Purus	100	100	100	5.000	2.600
Alto Rio Solimões	4.000	6.000	0	3.500	300
Amapá e Norte do Pará	68.900	144.900	30.000	3.290	0
Araguaia	0	950	950	170	3.500
Bahia	4.200	0	0	0	6.000
Ceará	0	0	0	20	200
Cuiabá	12.000	0	12.000	0	5.000
Guama-Tocantins	87.000	97.000	110.000	10	2.000
Interior Sul	0	0	0	0	12.800
Kaiapó do Mato Grosso	60.000	50.000	60.000	800	2.000
Kaiapó do Pará	400	400	400	800	8.000
Leste Roraima	55.200	300	71.800	0	0
Litoral Sul	724000	44900	6800	0	6.300
Manaus	4.280	7.700	10.000	0	23.280

Maranhão	35.700	35.700	35.700	32.250	38.738
Mato Grosso do Sul	6.200	38.800	2.800	2.300	5.000
Médio Rio Purus	10.700	6.500	1.800	50	100
Médio Rio Solimões e Afluentes	266	268	266	0	0
Minas Gerais e Espírito Santo	70800	49700	2850	1648	1400
Parintins	0	19	0	200	0
Pernambuco	466	468	466	0	760
Porto Velho	410	850	0	2.260	4.500
Rio Tapajós	15.200	12.900	15.200	440	0
Potiguara	9.400	4.700	3.100	190	5.400
Tocantins	0	0	0	0	0
Vale do Javari	30.000	1.300	0	590	200
Vilhena	60.200	26.200	43.400	670	16.500
Xavanta	19.500	25.500	0	300	200
Yanomami	154.700	0	92.200	9.640	30.996
Xingu	38.000	72.000	0	2.600	700

Fonte: Processo SEI 25000.042555/2020-10 - consulta consolidada em 01/04/2020.

Por meio do OFÍCIO Nº 703/2020/MS/DSEI/SESAI/MS, de 24 de abril de 2020, o DSEI-MS apresentou resposta a Resposta ao OFÍCIO Nº 124/2020 - MPF/PRMS/5ºOfício, que solicitou ao DSEI Mato Grosso do Sul, que informasse de modo pormenorizado, quais providências foram efetivamente adotadas, por parte deste distrito para prevenção da COVID-19, nas seguintes terras indígenas: **Cachoeirinha, Pilad Rebuga, Lalima (em Miranda/MS), Buri (Dois Irmãos do Buri/Sidrolândia); Taunay-Ipegue, Limão verde (em Aquidauana/MS), TI Nioaque (em Nioaque-MS), e Kadwéu em Porto Murnho.**

No OFÍCIO Nº 703/2020/MS/DSEI/SESAI/MS, o DSEI informou que:

“(…)

18. Foi descentralizado recursos pela SESAI/BSB para execução do processo de compra emergencial de insumos para auxiliar no combate do COVID-19 (SEI: 25048.000418/2020-53); em fase final.

19. O DSEI-MS solicitou a doação de 5 (cinco) mil litros de álcool 70% para atender as demandas das equipes de saúde indígenas pertencentes a este Distrito, e foi atendido prontamente pelo Estado do Mato Grosso do Sul. ([hp://www.ms.gov.br/indigenas-de-ms-recebem-doacao-de-5-mil-litros-de-alcoolpara-combate-ao-coronavirus/](http://www.ms.gov.br/indigenas-de-ms-recebem-doacao-de-5-mil-litros-de-alcoolpara-combate-ao-coronavirus/))”.

Como prova da necessidade dos EPIs para o combate à epidemia do Covid-19 e a atenção à saúde dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul, a Secretaria do Estado da Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul encaminhou no dia 7 de Maio de 2020, o Ofício n. 2093/GAB/SES/2020, segundo o qual:

“Cumprimentando-o cordialmente, o presente tem a finalidade de informar-lhe acerca das necessidades levantadas juntos às áreas desta Secretaria para ações no Plano De Contingência do Coronavírus no Estado do Mato Grosso do Sul voltadas para a população indígena.

É de vosso conhecimento que estamos exercendo ações de média e alta complexidade junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena de

Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) para atuação na identificação, notificação, e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção pelo Novo Coronavírus, baseado nos protocolos adotados conjuntamente com os municípios e Polos Bases. Para isso, o COE-MS propõe um plano de ação com base na realidade epidemiológica de cada local, conforme documento anexo.

Para a execução dessas ações encontramos alguns entraves, e viemos expô-los para que o Ministério Público Federal possa avaliar se há meios de nos auxiliar a dirimi-los, como segue:

Para ampliação da testagem temos encontrado limitações no baixo estoque dos equipamentos de proteção individual (EPIs) para os polos bases e nos municípios sedes, sendo que este fato poderá restringir ações mais abrangentes para a população. A SES tem fornecido atualmente os EPIs necessários para as coletas das amostras, todavia como temos que auxiliar os serviços ambulatoriais e hospitalares de todos os municípios e não há como prever um quantitativo suficiente para manutenção das ações.

Ações de prevenções da disseminação nos territórios indígenas incluem a vigilância constante dos riscos, e intervenções eficientes em tempo oportuno. Planejamos o fornecimento de máscaras

reutilizáveis (artesanais) para aproximadamente 50% de toda os indígenas do estado, no total de 40.000 máscaras.

Para ações de assistência à saúde é necessário adequações das unidades de atenção primária à saúde que assistem essa população para a qualificação do manejo dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Isso inclui além do amplo fornecimento de EPIs, capacidade de realizar correta classificação de risco e atendimento pré hospitalar com oxímetros, termômetros e oxigênio”.

Ocorre que, em que pese as informações constantes do **Relatório das Ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da COVID-19**, sobre a posição de estoque de insumos no Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI-MS em 15 de abril de 2020, apenas um mês após, **em 15 de maio de 2020**, o **CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL** encaminhou o Ofício nº 080/CONDISI/DSEI/MS, em que manifestou a preocupação com a quantidade ínfima de Equipamento de Proteção Individual para os funcionários realizarem os atendimentos relativos à saúde indígena:

“Neste data de 15 de maio de 2020, recebemos do RT

Eliseu Gabriel Junior - Enfermeiro, Núcleo 5 —

Prevenção e controle de doenças e agravos
DIASI/DSEI/MS/SESAI/MS, a relação de EPI's
disponíveis para atender os funcionários e colaboradores
neste momento de COVID-19.

Ocorre que pelo Relatório anexo, material disponível é
para atender a demanda de mais de 700 pessoas, sendo
que o material constante do relatório é ínfimo para
atender os funcionários, principalmente pelo momento
que atravessamos, vivenciando a Pandemia que tem
assolado nosso País.

Outrossim, na preocupação a ante a falta de
equipamentos que poderá levar os funcionários a
paralisarem os atendimentos, o que causara um
prejuízo irreparável para as comunidades que precisam
ser atendidas no nosso Estado de Mato Grosso do Sul”.

Nesse contexto, a população indígena de 80.841 indígenas no Estado do
Mato Grosso do Sul, atendida pelo DSEI – MATO GROSSO DO SUL, exige a adequada
disponibilização e distribuição ao Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS, de
Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais das Equipes

Multidisciplinares de Saúde Indígena, inclusive aos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, bem como aos profissionais das Casas de Saúde Indígena e Polos-Base, **no contexto da pandemia de covid-19.**, conforme recomendação da Anvisa por meio da NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 04/2020¹⁰.

Para tanto, se faz necessário a contínua realização de levantamentos e providências no sentido de abastecer os insumos necessário para o atendimento de pacientes suspeitos para infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), bem como abastecer estoques estratégicos de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes dos DSEI e garantir a logística de controle, distribuição e remanejamento de insumos para os Polos Base, sob pena de ineficácia das medidas previstas no **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas da SESAI** e no **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS.**

De outra parte, por meio do OFÍCIO Nº 299/2020/MS/DIASI/MS/DSEI/SESAI/MS, de 17 de maio de 2020, o DSEI/MS informou a falta de profissionais médicos para prestar assistência médica no Polo Base de Aquidauana:

10 ANVISA, **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 04/2020.** Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>> Acesso em: 18 maio. 2020.

“(...) 1.4 A Sede do DSEI-MS, fica localizado na capital do Estado de Mato Grosso do Sul, sendo um estabelecimento que coordena as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, desenvolvendo atividades de saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social visando à integralidade da saúde dos povos indígenas, por meio dos Polos Base, subdivisões territoriais dos DSEI, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita:

Polo Base Tipo I (Brasilândia, Japorã) - estabelecimento de saúde localizado na aldeia, destinado à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base;

Polo Base Tipo II (Amambai, Antônio João, Aquidauana, Bodoquena, Bonito, Caarapó, Corumbá, Dourados, Miranda, Paranhos, Sidrolândia e Tacuru) - estabelecimento localizado.

1.5 Para prestar assistência básica a esta população, o DSEI/MS conta com o apoio das equipes multidisciplinares de saúde indígena, lotadas em 14 (quatorze) Polos Base situados nos

municípios de: Amambai, Antônio João, Aquidauana, Bodoquena, Bonito, Brasilândia, Caarapó, Corumbá, Dourados, Iguatemi, Miranda, Paranhos, Sidrolândia e Tacuru. E mais 03 (três) Casas de Apoio a Saúde Indígena (casas de trânsito), localizadas em Campo Grande, Dourados e Amambai.

2. Caracterização do Polo Base de Aquidauana:

2. A sede do Polo Base de Aquidauana situa-se no município de Aquidauana e atende a 03 Municípios: **Anastácio, Nioaque e Aquidauana;**

2.1 Conforme Tabela abaixo são assistidos pelo Polo Base: 15 Aldeias e 01 Acampamento;

2.2 A população total assistida soma cerca de: 7.427 conforme Banco do SIASI local;

2.4 Número de Médicos que atende as aldeias da Região de **Nioaque -MS: 01 Médico (Programa Mais Médicos para o Brasil)** que mantém endereço no município de Nioaque-MS.

2.5 Número de Médicos que atende as aldeias da Região de **Aquidauana e Anastácio: 02 Médicos do Programa Mais Médico para o Brasil, sendo a situação atual: 01 médico encontra-se de**

atestado desde 12/05/2020 e 01 Vaga esta em Aberto desde 08/04/2020.

(...)

3.7. Informa-se que o DSEI-MS têm instituído ações para o enfrentamento do novo coronavírus nos territórios de nossas abrangência, dentre estas a criação de um **Plano de Contingência do DSEI-MS Versão 2 (0014688195)** frente ao novo coronavírus, são três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e **Emergência em Saúde Pública**, segundo critérios do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19).

(...)

4. Organização dos atendimentos:

4.1 A assistência tem priorizado monitorar o comportamento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e tem recomendado o isolamento social, orientado aos indígenas que não se dirijam aos centros urbanos, de modo a evitar a transmissão dentro das aldeias, reduzindo impactos aos serviços de saúde locais e pico epidemiológico.

4.2. Considerando a organização local de distribuição das EMSI para atendimento das aldeias da Região de Aquidauana e Anastácio o Polo Base conta com atendimento de 02 Profissionais médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM) e Para região de Nioaque o Polo Base conta com 01 Profissionais médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM);

4.3 Considerando que 01 Profissional do Programa Mais Médicos (PMM) que atende a Região de Aquidauana e Anastácio solicitou seu desligamento conforme Ofício 10/2020 do Polo Base de Aquidauana e a vaga esta em aberto de 08/04/2020, informa-se que a solicitação de reposição já foi encaminhada ao nível central;

4.4 Considerando que o outro Profissional do Programa Mais Médicos (PMM) que atende a Região de Aquidauana e Anastácio - Dr. Elton Vieira encontra-se de atestado de 12 dias conforme atestado em anexo;

4.5 Informa-se que o Polo Base de Aquidauana solicitou apoio do Município de Aquidauana com a cedência de 01 médico, entretanto houve manifestação negativa do município (0014838287);

5. Encaminhamentos do DSEI-MS para resolução da situação do Polo Base de Aquidauana:

Considerando as demandas acima a Divisão de Atenção a Saúde Indígena, já iniciou os encaminhamentos para remanejar um profissional médico de outra localidade a fim de suprir a necessidade emergencial do Polo Base de Aquidauana, até que a contratação via processo seletivo seja efetivada;

O DSEI solicitou à SESAI a reposição da vaga do PMM pelo Ofício 226 (0014605821), respondido pelo Despacho DASI (0014836592), que relata a impossibilidade neste momento;

O DSEI-MS solicitou a contratação imediata de 01 médico por 90 dias a SESAI conforme processo SEI: 25048.000686/2020-75, que esta tramitando no nível central;

A entidade conveniada Missão Evangélica Caiuá já iniciou processo seletivo para contratação de **equipe de resposta rápida**, conforme edital 02/2020 (0014873719);

Nos próximos dias será publicado edital para cobertura das vagas em aberto de todo o DSEI-MS conforme informações preliminares da entidade conveniada Missão Evangélica Caiuá;

Considerando que os trâmites o DSEI-MS enviou novo ofício a Prefeitura Municipal de Aquidauana para cedência de um profissional médico para suprir as demandas do Polo Base”.

A informação acima é corroborada pelo **Ofício nº. 001-CONSELHEIROS/AQUIDAUANA/MS, que encaminhou a solicitação dos Conselheiros do Polo Base de Aquidauana – CONDISI/MS, a seguir transcrita:**

“Aquidauana, 18 de maio de 2020.

Assunto: Reivindicação

Excelentíssimo Coordenador: Sr Eldo Moro

Nos caciques e liderança da TI Taunay/ Ipegue e Limao Verde, viemos através deste reivindicar de vossa senhoria a contratação urgente das seguintes profissionais de saúde:

- Três médicos
- Um assistente social
- Dois técnicos de enfermagem:
- Um agente de saúde

Os técnicos de enfermagens atenderam as seguintes aldeias:

Água Branca: Luzetina Elias Muchacho.

Lagoinha: Edvaldo Felix e agente de saúde Jamiel da Silva
Dias.

Os médicos atenderam as Terras indígenas TI Taunay/ Ipegue e
Limão Verde.

Certo de poder contar com sua compreensão em meio
pandemia de COVID -19 em atendimento neste sentido,
antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente”.

No **OFÍCIO CIRCULAR Nº 12/2020/SESAI/CGPO/SESAI/MS**, de 29
de abril de 2020, da Secretaria Especial de Saúde Indígena, foi possível constatar que,
até o presente momento, as Equipes de Resposta Rápida (ERR) para enfrentamento do
COVID-19, não foram efetivamente instituídas, em que pese a sua criação por meio da
Portaria nº 55 de 13 de Abril de 2020, conforme consta no processo SEI nº
25000.050641/2020-98.

As Equipes de Resposta Rápida (ERR) para enfrentamento do COVID-19 estão
previstas no **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS e sem a efetiva
implementação destas, haverá prejuízo ao combate à epidemia do novo COVID-19**

no âmbito da saúde indígena do Estado do Mato Grosso do Sul, em prejuízo a uma população de 80.841 indígenas.

De outra parte, no **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS**, foi prevista a medida de isolamento nos seguintes termos:

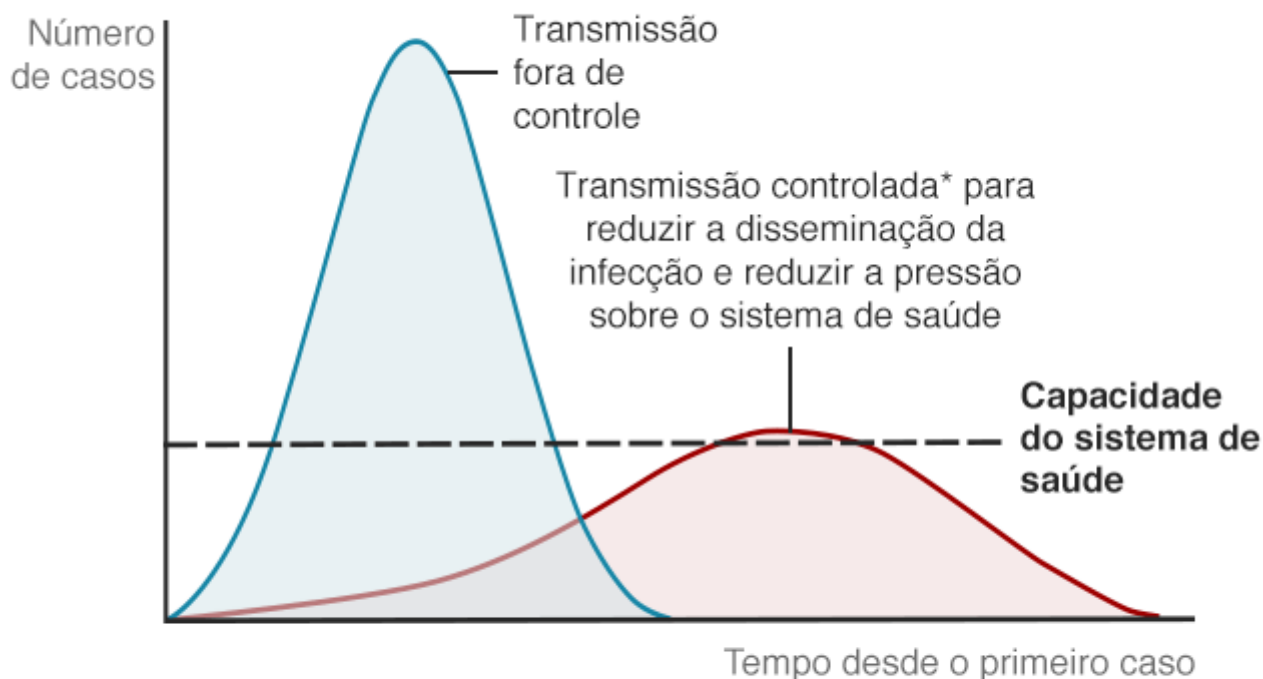
“A EMSI deverá avaliar sobre a viabilidade da execução do isolamento domiciliar e adoção das medidas preventivas. Necessário buscar estratégias locais de isolamento, baseadas nas estruturas disponíveis e efetivas condições para sua realização, e busca de alternativas de promoção de isolamento em locais fora das comunidades ou em escolas”.

Em 11 de março de 2020, a OMS elevou a situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do surto do novo coronavírus (Sars-Cov-2), declarando situação de pandemia em razão da rápida disseminação geográfica da Covid-19. No Brasil, o Ministério da Saúde declarou situação Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 3 de fevereiro de 2020 (Portaria MS nº. 188/2020), o que culminou na edição da Lei nº 13.979/2020 e no Decreto Legislativo nº 6/2020.

O alastramento da COVID-19 e os efeitos devastadores por ela provocados na Itália levaram à adoção de medidas drásticas por diversos Estados nacionais para evitar a sua disseminação. Segundo a OMS, o isolamento social é uma das medidas mais eficazes,

pois garante o chamado achatamento da curva de casos, evitando o colapso do sistema de saúde e garantindo o **tratamento da população**¹¹:

Como se achata a curva da epidemia?



*com medidas como orientar higiene adequada das mãos, adotar trabalho remoto, limitar eventos públicos e restringir viagens internacionais

Fonte: Esther Kim, Carl T. Bergstrom, Universidade de Washington

BBC

A Lei nº 13.979/2020 dispõe sobre medidas para enfrentamento da Covid-19, como o isolamento e a quarentena, e posturas da Administração Pública, como a restrição de entrada e saída do país, a requisição de bens e serviços e a autorização de importação de produtos sem registro na Anvisa.

11 Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51850382>> Acesso em: 18 maio.

No campo preventivo, uma das principais recomendações a indígenas e não-indígenas consiste em **evitar aglomerações**, sobretudo nas cidades. Nesse ponto, cabe mencionar a [Nota Informativa nº 3/2020-DASI/SESAI/MS](#) encaminhada pela Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), na qual aquela enfatiza a recomendação à população indígena de que *“evite ao máximo se dirigir aos centros urbanos, onde pode haver transmissibilidade do vírus”*, uma vez que *“ações como essa, além de reduzirem o número de casos, e por consequência, evitar a transmissão dentro da aldeia indígena, têm o potencial de reduzir o impacto para os serviços de saúde, por reduzir o pico epidêmico”*¹².

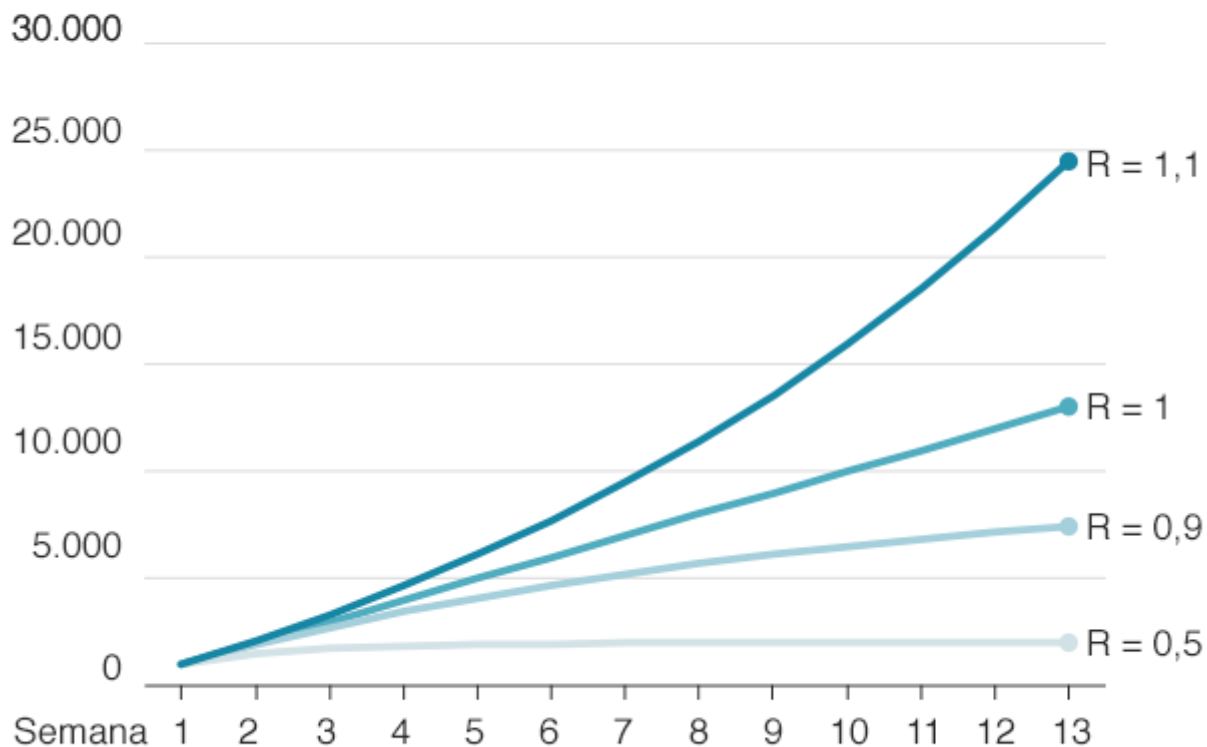
Segundo o estudo, assinado por 47 pesquisadores, a taxa de transmissão do país é R2,81. Ou seja, em média no Brasil, cada pessoa com covid-19 passa a doença para outras três¹³. Vale notar que quanto maior for a taxa de transmissibilidade do vírus em um país, maior é o risco de colapso no sistema de saúde..

O gráfico abaixo explica a relação entre taxa de contágio e o crescimento absoluto do número de casos. A uma taxa de contágio de 1.1, o número de casos passa de 0 a 25 mil em 13 semanas. Em 1, é metade disso:

12 Disponível em <<https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/1567/1/Martins%2c%20Andr%2c%20Luiz%20e%20Silva%2c%20Robson%20Santos%20da%20-%202020%20-%20Nota%20Informativa%20n%2032020-DASSEAIMS%20%5bOrienta%2c%20a7%2c%20b5e.pdf>> Acesso em: 18 maio.

13 Disponível em <<https://exame.abril.com.br/ciencia/estudo-mostra-que-brasil-tem-maior-taxa-de-contagio-de-covid-19-no-mundo/>> Acesso em: 18 maio. Integra da pesquisa disponível em <<https://mrc-ide.github.io/covid19-short-term-forecasts/index.html#analysis-of-trends-in-reporting>> Acesso em: 18 maio,

Como 1.000 casos se multiplicam sob diferentes taxas de contágio



BBC

No Brasil, a tendência ainda é de crescimento no número de novos casos da doença, o que reforça a necessidade da medida de prevenção pleiteada por meio desta ação civil pública.

4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

4.1 – Da legitimidade passiva da União

A Lei n.º 8.080, de setembro de 1990, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sem qualquer preocupação com a implementação de uma política diferenciada de saúde destinada aos índios. Atendendo às exigências do reconhecimento da identidade cultural dos índios, o legislador infraconstitucional acrescentou ao mencionado diploma, por meio da Lei n.º 9.836/99, o Capítulo V ao Título II, o qual instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do SUS, *literis*:

"Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso" (grifo nosso).

Percebe-se claramente que o legislador, em consonância com a competência da União para a defesa dos povos indígenas (art. 231 da CRFB/88), afastou-se do modelo geral de responsabilidade concorrente e solidária das esferas de governo (União, Estados e Municípios) no financiamento do SUS, atribuindo, principal e obrigatoriamente ao ente federal, o financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo a participação de Estados e Municípios na implementação financeira e executiva do referido subsistema, necessariamente, caráter complementar e secundário.

Na estrutura administrativa da União, até recentemente, a atenção à saúde indígena era atribuída à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), conforme previsto no art. 3º do Decreto n.º 3.156/1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de

assistência à saúde dos povos indígenas. Tal atribuição de competências foi também ressaltada pelos arts. 1º, 10 e 17 da Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.656/2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas.

Entretanto, foi editada a Lei n.º 12.314/10, posteriormente regulamentada pelo Decreto Presidencial n.º 7.336/10 (revogado pelo Decreto n.º 8065/2013, em vigência), o qual, nos termos de seu art. 6º, transferiu a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da FUNASA ao Ministério da Saúde, por meio da referida SESAI, concedendo prazo de 180 (cento e oitenta) dias para a realização da transição.

Esse mesmo dispositivo infralegal (art. 6º do Decreto nº 7.336/10) transferiu da FUNASA para o Ministério da Saúde, *“os bens permanentes ativos compreendendo móveis, imóveis, intangíveis e semoventes, acervo documental e equipamentos destinados à promoção da saúde dos povos indígenas”*.

Logo, versando a demanda sobre a prestação de serviço de saúde às comunidades indígenas, resta evidente que a FUNASA não detém mais competência passiva *ad causam*, razão pela qual a lide se volta contra a própria União.

Ainda neste sentido, para concretizar esse atendimento diferenciado, o Subsistema de Saúde Indígena é organizado na forma de **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)**, que devem contar com uma rede de serviços articulada com o **Sistema Único de Saúde** para garantir a assistência médica aos indígenas.

Nesse contexto, o modelo de atendimento prevê a realização de visitas domiciliares pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde contratadas e vinculadas aos municípios, mas remuneradas com recursos da União. A elas foram confiadas as ações de educação em saúde e atendimento básico.

Desta feita, é possível inferir que a prestação de serviços de assistência à saúde indígena é realizada por meio do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI um órgão do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão desse subsistema em todo o território nacional.

A SESAI, então, possui como missão¹⁴ o exercício da gestão da saúde indígena, a fim de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI (unidade de responsabilidade sanitária federal).

O DSEI é a unidade gestora do SasiSUS, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência.

14Informação obtida junto ao *site* http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708.mah

No caso da população indígena inseridas no âmbito de atribuição desta Procuradoria da República, o DSEI responsável pela execução de ações de saúde e saneamento é o DSEI de Campo Grande/MS.

Assim, considerando que o SasiSUS é financiado com recursos da União (art. 19-C da Lei n.º 8.080/90, alterada pela Lei n.º 9.836/99) e que a SESAI e o DSEI/MS são centros de competência despersonalizados, integrantes da estrutura da União, deve a esta ser imputada a responsabilidade pela atuação de seus órgãos.

4.2 – Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)

Conforme já referido, o legislador infraconstitucional acrescentou à Lei nº 8.080/90, por meio da Lei nº 9.836/99, o Capítulo V ao Título II, o qual instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do SUS.

Outrossim, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena foi aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Nela estão contidas as diretrizes para as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, entre as quais se destacam:

"a) Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- b) Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- c) Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- d) Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- e) Controle social".

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas representam a **concretização de um direito fundamental social e o reconhecimento de que os índios merecem tratamento que atente para suas especificidades socioculturais**, às doenças que os afetam, à logística de transporte de pacientes e de insumos e aos anseios da comunidade afetada.

O referido subsistema, que tem como objetivo favorecer a superação dos fatores que geram a vulnerabilidade aos agravos à saúde dos índios, é organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que são uma delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal. A estrutura dos DSEI é composta por:

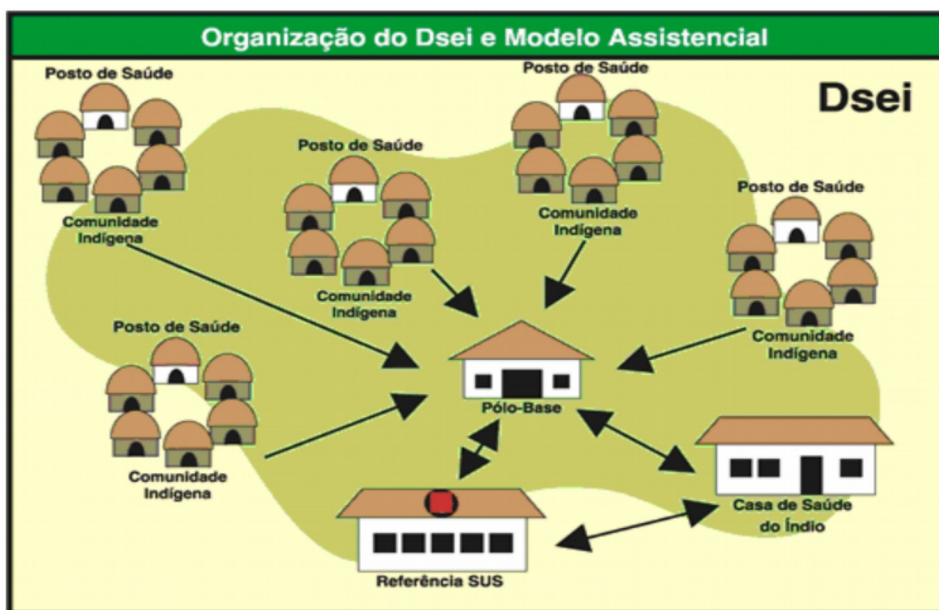
- "a) Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas (AIS);
- b) Agentes indígenas de saneamento (AISAN); e

c) Polos-base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa de Saúde Indígena (CASAI), que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade".

A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos postos de saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos pólos-base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa de Saúde Indígena (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos polos-base são referenciadas para a rede de serviços do SUS e, nestes casos, devem ser oferecidos serviços de apoio aos pacientes encaminhados, através das Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas em municípios de referência dos Distritos Sanitários.

A ilustração abaixo auxilia na compreensão da organização do subsistema:



Verifica-se, desta feita, que a organização da rede de serviços de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) deve ocorrer da seguinte forma: o atendimento é realizado nos postos de saúde, localizados nas aldeias, por equipes multidisciplinares de saúde indígena, compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde e de saneamento. Sendo insuficiente esse atendimento na aldeia, os pacientes são encaminhados ao polos-base, que os referencia para a rede geral do SUS nos Municípios. As Casas de Saúde do Índio (CASAI), também localizadas nos Municípios, prestam serviço de apoio aos pacientes encaminhados à rede SUS.

Portanto, este subsistema, criado com o intuito de respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas, não substitui o Sistema Único de Saúde. Ao

contrário, é complementar a este, dedicando-se, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (mencionados no art. 19-G, § 1º, da Lei nº 9.836/99), ao atendimento primário e de baixa complexidade. Os atendimentos de média e alta complexidades seguem no SUS.

4.3 – Do Direito à Saúde

O art. 6º da Constituição Federal de 1988 erigiu o direito à saúde como um direito social, sendo, antes de tudo, um direito fundamental, dispondo o art. 196 da Carta Magna ser a saúde *“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem (...) ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

O direito público subjetivo à saúde representa consequência indissociável do **direito à vida**, prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar.

A Lei nº 8.080/90 trata da organização do SUS – Sistema Único de Saúde, inclusive no que se refere à distribuição administrativa das competências, das atribuições e das responsabilidades de seus vários órgãos integrantes, com o objetivo não apenas de evitar a sobreposição de estruturas administrativas, mas para conferir eficiência,

economicidade e agilidade ao sistema, condição indispensável a garantir aos cidadãos, da melhor maneira possível, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Traz em seu Título I – Das Disposições Gerais, o seguinte:

"Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade".

Estabelecidos no art. 231 da Constituição Federal de 1988, o multiculturalismo e o interculturalismo acarretam para o Estado brasileiro (*lato sensu*, isto é, compreendido em todas suas esferas) o dever inarredável de prestar políticas públicas adequadas à diversidade cultural.

Sem qualquer margem a questionamentos, dentre os direitos fundamentais dos povos indígenas está o acesso à saúde, que reclama um modelo adequado à diversidade de

seus valores culturais e que atenda aos princípios do controle social, da integralidade e da universalidade próprios do Sistema Único de Saúde (SUS), **mas, também, de diferenciação, especificidade e tradição cultural que lhe são peculiares.**

Nesse contexto, ressaltando a necessidade da prestação de serviço de saúde ser adequada e de acordo com a peculiaridade cultural da comunidade indígena, exsurge a Convenção n.º 169 da Organização Internacional do Trabalho, a qual é considerada “o instrumento internacional vinculante mais antigo que trata especificamente dos direitos dos povos indígenas e tribais no mundo”¹⁵.

A mencionada Convenção foi promulgada pelo Decreto n.º 5.051/2004 e dispõe, em seu artigo 25, sobre a saúde dos povos indígenas e tribais, nos seguintes termos:

"1. Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados

15Assim, v. http://www.socioambiental.org/inst/esp/consulta_previa/?q=convencao-169-da-oit-no-brasil/a-convencao-169-da-oit. Acesso em 14/9/2015.

e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

3. O sistema de assistência sanitária deverá dar preferência à formação e ao emprego de pessoal sanitário da comunidade local e se centrar no atendimento primário à saúde, mantendo ao mesmo tempo, estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária.

4. A prestação desses serviços de saúde deverá ser coordenada com as demais medidas econômicas e culturais que sejam adotadas no país".

Do ato normativo em análise, extrai-se que o Estado signatário deve implementar políticas públicas no sentido de garantir a devida manutenção da saúde das populações indígenas.

Neste sentido, a renomada doutrinadora Flávia Piovesan, ao tratar de matéria relativa ao Controle de Convencionalidade e a Corte Interamericana de Direitos

Humanos¹⁶, especificamente no que se refere à violação de direitos de grupos vulneráveis, menciona o “*Caso Yakye Axa x Paraguai*”¹⁷, aduzindo que:

“(…) a Corte sustentou que os povos indígenas **têm direito a medidas específicas que garantam o acesso aos serviços de saúde, que devem ser apropriados sob a perspectiva cultural**, incluindo cuidados preventivos, práticas curativas e medicinas tradicionais. Adicionou que para os povos indígenas a saúde apresenta uma dimensão coletiva, sendo que a ruptura de sua relação simbiótica com a terra exerce um efeito prejudicial sobre a saúde destas populações” (grifo nosso).

No caso analisado pela Corte, conforme tópico 166 da Sentença, de 17 de junho de 2015, o **Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas**, em sua Observação Geral 14, sobre o direito de desfrutar do mais alto nível possível de saúde, afirmou que:

“Os povos indígenas têm direito a medidas específicas que lhes permitam melhorar seu acesso aos serviços de saúde e de atenção à saúde. Os serviços de saúde devem ser apropriados desde o ponto de

16PIOVESAN, Flávia. DIREITOS HUMANOS E DIÁLOGO ENTRE JURISDIÇÕES. Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC n. 19 – jan./jun. 2012.

17Yakye Axa Community vs. Paraguay, Inter-American Court, 2005, Ser. C, No. 125.

vista cultural, isto é, devem levar em conta os cuidados preventivos, as práticas curativas e os medicamentos tradicionais [...].

Para as comunidades indígenas, a saúde do indivíduo costuma vincular-se com a saúde da sociedade em seu conjunto e apresenta uma dimensão coletiva. A este respeito, o Comitê considera que [...] a [...] perda por esses povos de seus recursos alimentares e a ruptura de sua relação simbiótica com a terra exercem um efeito prejudicial sobre a saúde dessas comunidades" (grifo nosso).

De outro turno, o Estado Demandado argumentou (*no mesmo sentido dos argumentos empreendidos pela União no caso tratado nesta Ação Civil Pública*) que os membros da *Comunidade Yakye Axa* estariam à beira da estrada por “uma decisão própria ou induzida” por seus representantes que não lhe pode ser atribuída, já que, ao contrário, ofereceu soluções alternativas de reassentamento, onde fosse possível estabelecer alguma forma de atenção médica e sanitária em benefício dos membros da Comunidade, enquanto se resolvia seu pedido de reivindicação de terras.

Ao final, o **Tribunal decidiu que, enquanto a Comunidade se encontrasse sem terras**, dado seu especial estado de vulnerabilidade e sua impossibilidade de ter acesso a seus mecanismos tradicionais de subsistência, o **Estado deveria fornecer**, de maneira imediata e periódica, água potável suficiente para o consumo e asseio pessoal dos

membros da Comunidade; oferecer atenção médica periódica e medicamentos adequados para conservar a saúde de todas as pessoas, especialmente das crianças, idosos e mulheres grávidas, incluindo medicamentos e tratamento adequado para a vermifugação de todos os membros da Comunidade; entregar alimentos em quantidade, variedade e qualidade suficientes para que os membros da Comunidade tenham as condições mínimas de uma vida digna; fornecer latrinas ou qualquer tipo de serviço sanitário adequado a fim de que se administre de maneira efetiva e salubre os dejetos biológicos da Comunidade; e dotar à escola localizada no assentamento atual da Comunidade de materiais bilíngues suficientes para a devida educação de seus alunos.

Neste sentido:

"Enquanto os membros da Comunidade indígena Yakye Axa se encontrarem sem suas terras, o Estado deverá fornecer os bens e serviços básicos necessários para sua subsistência, nos termos do parágrafo 221 da presente Sentença".

A Corte Interamericana de Direitos Humanos, inclusive, por conta da situação reportada, emitiu, em 09 de abril de 2020, uma Declaração intitulada "COVID-19 e Direitos Humanos: Os problemas e desafios devem ser abordados a partir de uma perspectiva de Direitos Humanos e com respeito às obrigações internacionais", da qual cabe citar, in verbis:

"A Corte Interamericana de Direitos Humanos, como órgão de proteção dos direitos humanos, consciente dos problemas e desafios extraordinários que os Estados americanos, a sociedade como um todo, cada família e cada indivíduo estão enfrentando como resultado da pandemia global causada pelo coronavírus COVID-19, emite a presente declaração para exortar a adoção e implementação de medidas, dentro da estratégia e dos esforços que os Estados Membros da Convenção Americana sobre Direitos Humanos estão realizando para enfrentar e conter esta situação, que diz respeito à vida e à saúde pública. As medidas devem ser tomadas no âmbito do Estado de Direito, em plena observância aos instrumentos interamericanos de proteção dos direitos humanos e à jurisprudência deste Tribunal em particular, considerando que:

(...) Dada a natureza da pandemia, os direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais devem ser garantidos sem discriminação a todas as pessoas sob a jurisdição do Estado e, em particular, àqueles grupos que são desproporcionalmente afetados por estarem em situação de maior vulnerabilidade, como idosos, crianças, pessoas com deficiência, migrantes, refugiados, apátridas, pessoas privadas de liberdade, LGBTI, mulheres grávidas ou em período pós parto,

comunidades indígenas, afrodescendentes, pessoas que vivem do trabalho informal, população de favelas e bairros de moradia precária, pessoas em situação de rua, pessoas em situação de pobreza e profissionais da área de saúde que lidam com esta emergência. (...)"

(http://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/declaracion_1_2_0_ESP.pdf).

Considerando tais premissas, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) editou a Resolução nº 1/2020, de 10 de abril de 2020, por meio da qual ressalta os impactos diferenciados e interseccionais que a pandemia provoca sobre a realização de direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais para certos grupos e populações em situação de especial vulnerabilidade. Diante disso, a CIDH propõe a adoção de políticas que possam simultaneamente prevenir o contágio, garantir o acesso ao sistema de saúde pública e permitir medidas de segurança social. (http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf?fbclid=IwAR2_THKkE1n21MtZVAm626MiwW5-IAILltp9zIFxm9gRyGJK-Vd-j2tzdlg)

No caso objeto da presente ação, restou demonstrado que os órgãos competentes de atenção à saúde indígena (**DSEI/MS e SESAI**) possuem deficiências

materiais e pessoais para as prestações de atendimentos adequado e específico aos indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, no contexto da epidemia da COVID-19.

Desse modo, resta cristalina a obrigação do Estado Brasileiro — *in casu*, a **União** – de manter a **política de acompanhamento de saúde dos indígenas**, independente do local em que escolham para se estabelecer, mormente em casos em que haja informação acerca da precariedade da assistência à saúde, e nos casos de risco iminente, como os descritos na presente ação.

Ressalte-se que o direito à vida e o direito à saúde são consequências imediatas da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso III, da CF/88). É da própria natureza do ser humano a luta pela preservação dessa dignidade. É algo que lhe é intrínseco, e não concedido pelo ordenamento. Com ela, impede-se seu tratamento como objeto ou que o tratamento que lhe seja dado não retrate desprezo ao ser humano. Alexandre de Moraes, na obra *Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional*, 5ª edição, Ed. Atlas, 2005, págs. 128/129, afirma:

A dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral inerente a pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto

jurídico deve assegurar, de modo que apenas excepcionalmente possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

Importa mencionar que a Constituição Federal conferiu especial proteção aos direitos indígenas, sem estabelecer qualquer distinção entre os indivíduos que assim se identificassem, razão pela qual também estão abrangidos pela proteção prevista no texto constitucional os índios que residem em centros urbanos ou fora das terras tradicionais indígenas.

Ainda neste sentido, tem-se o precedente do Superior Tribunal de Justiça abaixo colacionado:

"In casu, o MPF propôs Ação Civil Pública (ACP) fundada em procedimento administrativo no qual se apurou a recusa de atendimento odontológico a uma indígena por não mais residir na aldeia, pleiteando a condenação da União e da FUNAI, dentro do subsistema do SUS, a garantir à família dela o acesso às ações de assistência à saúde prestadas pela Funasa, aos demais indígenas independentemente do local de sua residência, bem como a todos os indígenas que estiverem residindo fora da reserva. O juízo de 1º

grau julgou procedentes os pedidos e cominou multa diária em caso de descumprimento da sentença, decisão confirmada em grau de apelação, advindo daí os Resps da União e da Funasa. Para o Min. Relator, a alegação da ilegitimidade ativa do MP para a causa não prospera, ressaltou que **a tutela buscada na ação não alcança somente uma pessoa, mas assegura assistência médica e odontológica a todos os indígenas que se encontram na mesma situação constatada no caso concreto, que evidenciou a postura da Administração de limitá-la aos habitantes do aldeamento específico. Na verdade, conforme a legislação vigente, deve ser assegurada aos indígenas em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, inexistindo respaldo jurídico para o critério excludente defendido pela União de que os serviços de saúde alcançam apenas os índios aldeados.** Desse modo, é infundado o argumento de que o acórdão recorrido impõe uma obrigação desproporcional à União, priorizando os indígenas não aldeados (ou seja, já integrados à sociedade) em detrimento de outras tantas realidades mais carentes de proteção, isso porque a tutela judicial buscada pelo Parquet, assegurada na sentença e no acórdão, não acarreta prioridade alguma; ao contrário, impõe um tratamento igualitário dos indígenas, afastando-se o legítimo discrimen utilizado

pela União e pela Funasa, para que o acesso ao serviço de saúde, que já vem sendo prestado, seja assegurado também aos que não residam no aldeamento. (...) Com esses fundamentos, entre outros, a Turma conheceu em parte dos Resps, mas lhe negou provimento. Precedentes citados: AgRg no Ag 1.040.411-RS, DJe 19/12/2008; REsp 77.065-SP, DJe 25/09/2008 e REsp 987.280-SP, DJe 20/05/2009" (REsp 1.064.009-SC, Rel. Min. Herman Benjamin, julgado em 04/08/2009) – (grifo nosso)

Portanto, evidenciada a precariedade na assistência dispensada à saúde dos indígenas, no momento de plena epidemia do COVID-19, é mister instar o Poder Judiciário para a adoção das medidas adequadas.

Em suma, diante desse quadro, cabem à União, através de seus órgãos de saúde, garantir proteção à saúde indígena no Estado do Mato Grosso do Sul, adotando as medidas sanitárias e de proteção imprescindíveis com o escopo de garantir às comunidades indígenas para enfrentamento ao novo coronavírus.

4.4 – Da Omissão Inconstitucional quanto ao Amparo do Direito à Saúde e à Vida

Da situação fática acima narrada, fica nítido que o Estado tem falhado no dever de amparo ao direito à vida e à saúde, constitucionalmente assegurados, bem como no dever de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme o comando do art. 196 da Constituição Federal.

A saúde é direito de todos, nacionais, estrangeiros, indígenas, e dever do Estado, sendo competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em cooperação técnica e financeira, em consonância com os arts. 6º, 23, II, 30, VII, 196, da CF/88 e 7º, XI, Lei 8.080/90.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, cujas diretrizes são a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, com fulcro no art. 198 da CF/88.

Esse conjunto de ações e serviços da saúde, quando prestados por órgãos e entes públicos federais, estaduais e municipais da administração pública direta e indireta constituem o Sistema Único de Saúde, o qual segue os princípios da universalidade, integralidade, autonomia, igualdade, informação, e outros, nos termos dos arts. 4º e 7º da Lei 8.080/90.

Especialmente em um contexto de Pandemia, como o atual, com o fim de atender demanda coletiva, urgente e transitória, as autoridades competentes de todos os

entes federativos podem requisitar bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, conforme art. 15, XIII, da Lei 8.080/90.

É importante ressaltar que o SUS dá uma atenção especial à população indígena, nos seguintes termos: “as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde”, de acordo com o art. 19-G, §3º da Lei 8.080/90.

Estão em discussão direitos constitucionais de extrema relevância, considerando a necessidade de garantir a preservação da saúde mediante a disponibilização de meios de atendimento que garantam prioridade aos casos mais urgentes. Os acometidos de Coronavírus (COVID-19) que apresentam os sintomas mais graves, notadamente de insuficiência respiratória, necessitam de atendimento especializado com urgência, em estrutura que lhes permita o requisito mais básico da dignidade humana, que é sobreviver.

Esses direitos fundamentais inserem-se no contexto do princípio da dignidade da pessoa humana, tendo em vista que não há que se falar em existência digna sem que a pessoa tenha direito à saúde, inclusive por meio de políticas públicas de atendimento àqueles que não dispõem de renda para custear uma internação em hospital particular.

Sob essa ótica de proteção, formulou-se a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal:

“O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA
CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO
DIREITO À VIDA.

1. O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

2. O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.

(...)

A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.

1. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode convertê-la em promessa constitucional inconstitucional, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.” (Direito à Saúde - Reserva do Possível - “Escolhas Trágicas” - Omissões Inconstitucionais - Políticas Públicas - Princípio que Veda o Retrocesso Social: http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo582.htm#tr_nscricao1 - STA 175 AgR/CE, rel. Min. Gilmar Mendes, 17.3.2010. – Informativo 579)

Nesse contexto, eventual alegação da reserva do possível, como limitadora de direitos fundamentais, precisa perpassar pela teoria dos limites dos limites dos direitos fundamentais (*shranken-shranken*), devendo ser submetida ao crivo dos princípios da proibição de excesso (*Ubermassverbot*) e proibição de proteção insuficiente (*Untermassverbot*). Enquanto o primeiro recomenda uma postura de abstenção estatal frente aos direitos fundamentais, ou seja, que o Estado se abstenha de restringir direitos fundamentais de forma desproporcional e desarrazoada, o segundo recomenda uma postura ativa do Estado, obrigando-o a agir para a proteção de direitos fundamentais que se encontram desguarnecidos. Como duas faces de uma mesma moeda, a aplicação dos referidos princípios deve ser realizada à luz do postulado da proporcionalidade e de seus três subprincípios: necessidade¹⁸, adequação¹⁹ e proporcionalidade em sentido estrito²⁰.

Diante desse cenário, o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL vêm buscando soluções no trabalho de redução de danos perante impacto da pandemia da doença sobre os indígenas no Estado do Mato Grosso do Sul.

Frisa-se, que a “Lei do SUS” (Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990), com as alterações promovidas pela Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, cujas ações e serviços de saúde devem ser ao atendimento

18 O subprincípio da necessidade recomenda que a medida limitadora do direito fundamental seja o menos gravosa possível para atingir o fim almejado.

19 O subprincípio da adequação recomenda que a medida limitadora seja eficaz (apta) para alcançar o fim pretendido.

20 O subprincípio da proporcionalidade em sentido estrito exige que haja uma relação razoável de custo-benefício entre a limitação do direito fundamental sacrificado e a proteção do direito fundamental favorecido.

dos povos indígenas em todo o território nacional, coletiva ou individualmente (cf. art. 19-A e art. 19-B). Ainda assim, o SUS, como um todo, deve servir como retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo adaptar sua estrutura e organização de forma a propiciar a integração e referência ao atendimento necessário em todos os níveis (média e alta complexidade) aos indígenas de que dele necessitam (cf. Lei n.º 8.080/90, art. 19-G, § 2º).

Observa-se, portanto, a necessidade de se compelir a União a adotar as medidas administrativas pertinentes para as efetivas prevenção e combate à epidemia do Covid 19 no âmbito da atenção especial à saúde indígena no Estado do Mato Grosso do Sul.

4.5 – Não Acatamento da Recomendação n.º 5/2020-MPF.

Considerando as especificidades imunológicas e epidemiológicas tornam os povos indígenas particularmente suscetíveis ao novo coronavírus, os aspectos socioculturais e situação de especial vulnerabilização social e econômica a que estão submetidos os povos indígenas no Estado do Mato Grosso do Sul, o MPF expediu a Recomendação n.º 5/2020-MPF (anexa).

Para tanto, recomendou-se à Secretaria Especial de Saúde Indígena e ao DSEI-MS as adoções de medidas urgentes, dentre outros aspetos, que:

“(c) à Secretaria Especial de Saúde Indígena:

c.1. Respeite e fortaleça a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, garantindo a execução descentralizada dos recursos, sobretudo quanto à realização de licitação para aquisição de materiais e insumos para a prevenção e combate ao novo coronavírus, dispensando o rito burocrático previsto no Ofício Circular nº 37/2020/SESAI/ GAB/SESAI/MS, que exige submissão à avaliação e autorização central, sem prejuízo de auditoria e fiscalização que não obstaculizem a aquisição direta e imediata;

c.2. Adquira e distribua aos DSEI, imediatamente, insumos laboratoriais para o diagnóstico do novo coronavírus (testes PCR e sorologia), em quantidade suficiente, que considere os riscos de contágio exponencial em curto intervalo temporal (curva aguda), bem como a necessidade de controle sanitário de entrada nas aldeias, de indígenas e profissionais da saúde;

c.3. Adquira e distribua aos DSEI, imediatamente, kits de oxigênio, em quantidade suficiente, que considere os riscos de contágio exponencial em curto intervalo temporal (curva aguda);

c.4. Adquira e distribua aos DSEI, imediatamente, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, inclusive aos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, bem como aos profissionais das Casas de Saúde Indígena e Polos-Base;

c.5. Adquira e distribua aos DSEI, imediatamente, equipamentos de comunicação (rádio, internet ou outro) que garantam que todas as aldeias

atendidas por esta Secretaria disponham de meios de comunicação em caso de emergência;

c.6. Celebre, imediatamente, contratos de transporte terrestre, aéreo e fluvial, que garantam cobertura a todas as aldeias atendidas por esta Secretaria, de modo a viabilizar remoções de emergência;

c.7. Garanta a presença de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena em todas as aldeias, não impondo qualquer restrição em razão do estágio do processo demarcatório da terra indígena, incluídas as áreas reivindicadas e retomadas;

c.8. Promova a vacinação de todos os indígenas contra Influenza, considerando que gripes e síndromes gripais agudas costumam evoluir de forma mais severa entre povos indígenas;

c.9. Adquira e distribua aos DSEI, imediatamente, medicamentos para o tratamento de Influenza e síndromes gripais agudas nas aldeias;

c.10. Em parceria com a Fundação Nacional do Índio e com a Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, garanta o fornecimento de alimentos e materiais de higiene e limpeza aos indígenas nas aldeias, inclusive as localizadas nos centros urbanos, a fim de garantir segurança alimentar e evitar o deslocamento dos indígenas para as cidades, não impondo qualquer restrição em razão do estágio do processo demarcatório da terra indígena, incluídas as áreas reivindicadas e retomadas;

c.11. Garanta a remoção dos indígenas, sempre que a emergência do caso recomende, independentemente do estágio do processo demarcatório da terra indígena;

c.12. Articule, junto aos DSEI, a locação ou cessão de espaços adequados para realização de quarentena nas cidades, para os casos suspeitos ou confirmados, para além das Casas de Saúde Indígena;

c.13. Garanta o acesso à informação pelos povos indígenas e profissionais da saúde, com intensa periodicidade, acerca das formas de prevenção do contágio do novo coronavírus, dos riscos, da sintomatologia e do tratamento;

c.14. Elabore, imediatamente, em parceria com a FUNAI-CGIIRC, plano de contingência para surtos e epidemias, específico para povos indígenas isolados e de recente contato, referente à Covid-19, nos termos da Portaria Conjunta do Ministério da Saúde e da Funai n. 4.094, de 20 de dezembro de 2018;

c.15. Adote todas as medidas para que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, ao adentrarem nas aldeias, adotem todas as precauções para evitar transmissão aos indígenas, como quarentena, desinfecção e uso de Equipamento de Proteção Individual;

(d) aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para que elaborem e executem o Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, contemplando, sem prejuízo de outras medidas consideradas necessárias, os seguintes pontos:

d.1. Aquisição imediata de insumos laboratoriais para o diagnóstico do novo coronavírus (testes PCR e sorologia), em quantidade suficiente, que considere os riscos de contágio exponencial em curto intervalo temporal (curva aguda), bem como a necessidade de controle sanitário de entrada nas aldeias, de indígenas e profissionais da saúde, sem prejuízo da compra e distribuição dos referidos itens pela SESAI e Ministério da Saúde;

d.2. Aquisição imediata de kits de oxigênio, em quantidade suficiente, que considere os riscos de contágio exponencial em curto intervalo temporal (curva aguda);

d.3. Aquisição imediata de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, inclusive aos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, bem como aos das Casas de Saúde Indígena e Polos Base;

d.4. Aquisição imediata de equipamentos de comunicação (rádio, internet ou outro) que garantam que todas as aldeias atendidas por esta Secretaria disponham de meios de comunicação em caso de emergência;

d.5. Celebração imediata de contrato de transporte terrestre, aéreo e fluvial, que garantam cobertura a todas as aldeias atendidas por esta Secretaria, de modo a viabilizar remoções de emergência;

d.6. Garantia da presença de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena em todas as aldeias atendidas por este Distrito;

d.7. Promoção da adequação do espaço físico das Casas de Saúde Indígena e outras unidades de apoio a indígenas convalescentes, a fim de garantir o isolamento dos usuários e evitar o contágio;

d.8. Promoção da articulação com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de garantir a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais de Estados e Municípios;

d.9. Promoção do controle sanitário das pessoas que estão entrando nas aldeias, seja dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, ou dos próprios indígenas que estejam ou residam nas cidades, de modo a evitar a entrada de pessoas contaminadas;

d.10. Organização e monitoramento, junto aos indígenas, de espaços para garantir o isolamento social dos indígenas nas próprias aldeias, para os casos de suspeita ou confirmação de contágio pelo novo coronavírus, nas hipóteses em que não haja necessidade de internação;

d.11. Locação ou cessão de espaços adequados para que os indígenas, que estejam na cidade, realizem quarentena, nos casos suspeitos ou confirmados, para além das Casas de Saúde Indígena;

d.12. Adoção de todas as medidas para que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, ao adentrarem nas aldeias, adotem todas as precauções para evitar transmissão aos indígenas, como quarentena, desinfecção e uso de Equipamento de Proteção Individual”.

Ainda, estabeleceu o prazo excepcional de 5 (cinco) dias corridos para o cumprimento da Recomendação, bem como seja informado ao Ministério Público Federal o aludido cumprimento.

É oportuno ressaltar que, ao tomar ciência da recomendação (Ofício n.º 191/2020 - MPF/PRMS/5º Ofício), e ser novamente oficiada a SESAI sobre a comprovação do cumprimento do quanto recomendado (Ofício n.º 249/2020 - MPF/PRMS/5º Ofício), o órgão responsável foi constituído em mora quanto às providências solicitadas.

Nesse prisma, frente à omissão inconstitucional, o PODER JUDICIÁRIO está legitimado a tutelar o direito violado, conforme afirma o MINISTRO CELSO DE MELLO no julgamento do ARE 639337/SP:

*“É que, se assim não for, restarão comprometidas a integridade e a eficácia da própria Constituição, por efeito de violação negativa do estatuto constitucional **motivada** por inaceitável inércia governamental **no adimplemento** de prestações positivas **impostas** ao Poder Público, **consoante já advertiu**, em tema de inconstitucionalidade por omissão, **por mais de uma vez (RTJ 75/1212-1213**, Rel. Min. CELSO DE MELLO), o Supremo Tribunal Federal:*

**“DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO - MODALIDADES DE
COMPORTAMENTOS INCONSTITUCIONAIS DO PODER
PÚBLICO.**

- **O desrespeito** à Constituição **tanto pode** ocorrer mediante ação estatal **quanto** mediante **inércia** governamental. A **situação de inconstitucionalidade** pode derivar **de um comportamento ativo** do Poder Público, **que age** ou **edita** normas **em desacordo** com o que dispõe a Constituição, **ofendendo-lhe**, assim, os preceitos e os princípios que nela se acham consignados. **Essa conduta estatal**, que importa em um **‘facere’** (atuação positiva), gera a inconstitucionalidade **por ação**.

- **Se o Estado deixar de adotar** as medidas **necessárias à realização concreta** dos preceitos da Constituição, **em ordem** a torná-los efetivos, operantes e exeqüíveis, **abstendo-se**, em consequência, **de cumprir o dever de prestação** que a Constituição lhe impôs, **incidirá em violação negativa** do texto constitucional. Desse **‘non facere’** ou **‘non praestare’**, resultará a inconstitucionalidade **por omissão**, que pode ser **total**, quando é **nenhuma** a providência adotada, **ou parcial**, quando é **insuficiente** a medida efetivada pelo Poder Público.

.....

- A **omissão** do Estado - **que deixa de cumprir**, em maior ou em menor extensão, a **imposição** ditada pelo texto constitucional - **qualifica-se** como comportamento **revestido** da maior gravidade político-jurídica, eis que, **mediante inércia**, o Poder Público **também desrespeita** a Constituição, **também** ofende direitos que nela se fundam **e também impede**, por ausência de medidas concretizadoras, a própria aplicabilidade dos postulados e princípios da Lei Fundamental.”

(RTJ 185/794-796, Rel. Min. CELSO DE MELLO, **Pleno**)” (grifos no original).

No caso em análise, **constituído em mora**, a Secretaria Especial de Saúde Indígena, a partir de então, deveria ter providenciado os atos necessários quanto à efetiva proteção do direito à saúde da população indígena no Estado do Mato Grosso do Sul, dentro do prazo estabelecido, com o fornecimento dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais de saúde ligados à atenção à saúde indígena, bem como garantir materiais, insumos, equipes médicas e locais adequados para a prevenção e combate ao novo coronavírus, com o fim de que o serviço público não seja prejudicado com a falta de equipamentos, insumos, equipes médicas e locais adequados.

Portanto, permanecendo sua omissão, o Poder Judiciário está legitimado a tutelar o direito violado, vez que nenhuma lesão ou ameaça de lesão a direito (individual, coletivo, difuso, público ou privado) pode ser excluída da apreciação, conforme dispõe o art. 5º, XXXV, da Constituição Federal.

5. TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA

Impõe-se a concessão de tutela de urgência, nos termos do artigo 12 da Lei n.º 7.347/85, uma vez que estão plenamente caracterizados os seus pressupostos jurídicos, quais sejam, o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*.

Não será outra a conclusão na análise dos requisitos previstos no art. 300 do Código de Processo Civil. Senão, vejamos.

Os elementos que evidenciam a **probabilidade do direito**, além das provas contundentes dos fatos trazidos a conhecimento do juízo, residem na autorização normativa para adoção das medidas pleiteadas por esse órgão ministerial, cuja aplicabilidade foi minuciosamente demonstrada nos itens anteriores.

Vale ressaltar, mais uma vez, que os efeitos da COVID-19 geram um impacto desproporcional sobre os povos indígenas, dada sua alta vulnerabilidade a morbidades de causa respiratória. Especificamente quanto aos povos indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, os dados apontam para uma das regiões com a situação mais crítica em todo o

Brasil, ao que se soma um histórico há muito consolidado de desigualdades sociais e problemas estruturais densos. Tais circunstâncias comprovam a mora do Estado e geram para o poder público a obrigação de agir, o que dá concretude ao princípio da vedação à proteção insuficiente.

O receio de dano irreparável (*periculum in mora*) advém do fato de que da própria natureza dos fatos e fundamentos apresentados, os quais envolvem o atual cenário de Pandemia do Coronavírus (COVID-19), em que as medidas urgentes e excepcionais fazem-se cada vez mais necessárias.

A notoriedade da crise sanitária mundial, amplamente divulgada nos meios de comunicação tradicionais e nas mais diversas redes sociais (a exemplo dos variados *links* de notícias colacionados nos tópicos anteriores), indicam a segura existência da fumaça do bom direito e o perigo de dano irreversível. A cada hora, o cenário se agrava, surgem mais pacientes contaminados e a interminável fila de espera por um tratamento (em muitos casos, incapaz de ser efetivado antes da morte) aumenta exponencialmente.

O **perigo de dano** é bem representado pelo contexto da pandemia mundial, pelas mortes e contaminações em proliferação no Brasil e no mundo. A mora na adoção dessas medidas, ou a extensão demasiada dos prazos de planejamento, tende a implicar, simultaneamente, graves prejuízos **sociais, culturais e sanitários inestimáveis** às comunidades afetadas, como já vem ocorrendo, além da **disseminação sem controle**

do vírus Sars-Cov-2, em prejuízo dos povos e comunidades tradicionais e, também, das populações urbanas.

O **perigo da demora** reside ainda na imprescindibilidade de aparato para assegurar a vida e a saúde dos indígenas no Estado do Mato Grosso do Sul, que necessitam da prestação de serviços de atenção à saúde em um cenário de epidemia causada pelo novo COVID-19.

Assim, constata-se que o indeferimento da medida liminar comprometerá irremediavelmente a efetividade da prestação jurisdicional e a eficácia da ordem jurídica em face da demora dos ritos inerentes ao procedimento da ação civil pública.

Diante de hipóteses similares, nas quais existe verossimilhança das alegações, decorrente de prova inequívoca, e perigo de dano irreparável ou de difícil reparação, a jurisprudência não hesita em deferir tutela antecipatória. Senão, veja-se:

"ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. Preenchidos os requisitos exigidos pelo art. 273 do CPC – verossimilhança do direito alegado e fundado receio de dano irreparável – deve ser deferida a antecipação dos efeitos da tutela" (Tribunal Federal da 4ª Região. Quinta turma. AC n.º 523.995/PR. Rel. o Exmo. Sr. Juiz CELSO KIPPER. Julgado em 14.12.2004. Votação unânime. DJU de 19.01.2005, p. 305).

Ante o exposto, requer o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** a concessão de tutela de urgência, com base nos art. 300 e art. 537, *caput* e seu § 1º, todos do Código de Processo Civil c.c. art. 84, § 5º e art. 90, ambos do Código de Defesa do Consumidor c.c.

arts. 11, 19 e 21 da Lei da Ação Civil Pública, com o fim de determinar, sob pena de multa diária.

6. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** requer, nos termos do artigo 497, c.c. artigo 300, todos do Código de Processo Civil, bem como da Lei n.º 7.347/85:

a) a autuação desta petição inicial com as cópias de documentos extraídos dos procedimento administrativo n.º 1.21.000.000495/2020-43;

b) a **antecipação dos efeitos da tutela**, sem a oitiva da parte contrária, sob pena de multa diária de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), **com base nos art. 300 e art. 537, caput e seu § 1º, todos do Código de Processo Civil c.c. art. 84, § 5º e art. 90, ambos do Código de Defesa do Consumidor c.c. arts. 11, 19 e 21 da Lei da Ação Civil Pública, com o fim de determinar que:**

b.1) a **UNIÃO ADQUIRA e DISTRIBUA, no prazo máximo e excepcional de quarenta e oito horas**, ao Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, inclusive aos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, bem como aos profissionais das Casas de Saúde Indígena e Polos-Base, **no contexto da pandemia de covid-19**, conforme recomendação da Anvisa por meio da

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 04/2020²¹, **respeitando-se os trâmites administrativos internos;**

b.2) a UNIÃO ADQUIRA e DISTRIBUA, no prazo máximo e excepcional de quarenta e oito horas, ao Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes dos DSEI e GARANTA a logística de controle, distribuição e remanejamento de insumos para os Polos Base, no contexto da pandemia de covid-19, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

b.3) a UNIÃO CONTRATE, no prazo máximo e excepcional de quarenta e oito horas, equipes de resposta rápida para a investigação de casos confirmados da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), em apoio ao DSEI-MS, no contexto da pandemia de covid-19, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

b.4) a UNIÃO AVALIE E EXECUTE, no prazo máximo e excepcional de quarenta e oito horas, medidas isolamento e PROMOVA estratégias locais de isolamento, baseadas nas estruturas disponíveis e efetivas condições para sua realização, e buscar de alternativas de promoção de isolamento em locais fora das comunidades ou em locais adequados, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

21 ANVISA, NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 04/2020. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>> Acesso em: 18 maio. 2020.

d.5) a UNIÃO APRESENTE semanalmente relatórios de execução do PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS;

c) a citação dos requeridos para, querendo, contestar a presente ação, sob pena de revelia;

d) no mérito, após a confirmação da tutela antecipada concedida, **a procedência total desta demanda**, de acordo com os pedidos que seguem:

d.1) seja CONDENADA a UNIÃO à OBRIGAÇÃO DE FAZER consistente em adquirir e distribuir ao Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS, imediatamente, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, inclusive aos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, bem como aos profissionais das Casas de Saúde Indígena e Polos-Base, **no contexto da pandemia de covid-19**, conforme recomendação da Anvisa por meio da NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA^{nº} 04/2020²², respeitando-se os trâmites administrativos internos;

d.3) seja CONDENADA a UNIÃO à OBRIGAÇÃO DE FAZER, consistente em contratar equipes de resposta rápida para a investigação de casos confirmados da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), em apoio ao DSEI-MS, **no contexto da pandemia de covid-19**, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

22 ANVISA, NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA^{nº} 04/2020. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>> Acesso em: 18 maio. 2020.

d.4) seja **CONDENADA a UNIÃO à OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente em avaliar e executar medidas isolamento e **promover** estratégias locais de isolamento, baseadas nas estruturas disponíveis e efetivas condições para sua realização, e buscar de alternativas de promoção de isolamento em locais fora das comunidades ou em locais adequados, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

d.5) seja **CONDENADA a UNIÃO à OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente na executar de forma efetiva **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS**, durante todo o período em que reconhecida a pandemia de covid-19, apresentando seu cronograma de execução;

d.6) seja **CONDENADA a UNIÃO à OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente na apresentar relatórios de execução do **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS**;

d.7) seja **CONDENADA a UNIÃO à OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente viabilizar os meios de pessoal e orçamentários necessários à implementação do **PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS**;

d.8) seja fixada multa diária por descumprimento no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), **inclusive com fixação de multa pessoal aos agentes públicos responsáveis**;

d.9) a condenação da **DEMANDADA** ao pagamento de custas e nos ônus da sucumbência;

d.10) dispensa da parte autora do pagamento das custas, emolumentos e outros encargos, em vista do disposto no artigo 18, da Lei n.º 7.347/85.

Com o escopo de provar o alegado, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** manifesta o propósito de produzir todos os meios de prova admitidos em nosso ordenamento jurídico e que vierem a se fazer necessários no curso da demanda, notadamente a juntada de documentos novos, realização de perícias, oitivas de testemunhas, etc.

Desde já juntam-se as cópias extraídas do procedimento administrativo 1.21.000.000495/2020-43, sem prejuízo da juntada aos autos novos documentos que surgirem no curso da ação.

Dá-se à causa o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Campo Grande/MS,

- *(Assinado e datado digitalmente)* -

LUIZ EDUARDO CAMARGO OUTEIRO HERNANDES
Procurador da República

- *(Assinado e datado digitalmente)* -

MARCO ANTONIO DELFINO DE ALMEIDA
Procurador da República

ANEXOS:

1. ANVISA, NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISANº 04/2020;
2. Nota Informativa nº 3/2020-DASI/SESAI/MS;
3. Ofício nº. 001-CONSELHEIROS/AQUIDAUANA/MS;
4. OFÍCIO CIRCULAR Nº 12/2020/SESAI/CGPO/SESAI/MS;
5. Ofício nº 080/CONDISI/DSEI/MS;
6. Ofício n.º 191/2020 - MPF/PRMS/5º Ofício;
7. Ofício n.º 249/2020 - MPF/PRMS/5º Ofício;
8. OFÍCIO Nº 299/2020/MS/DIASI/MS/DSEI/SESAI/MS;
9. OFÍCIO Nº 492/2020/SESAI/GAB/SESAI/MS;
10. OFÍCIO Nº 703/2020/MS/DSEI/SESAI/MS;
11. Ofício n. 2093/GAB/SES/2020;
12. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas da SESAI;
13. PLANO DE CONTINGÊNCIA COVID-19/DSEI-MS;
14. Recomendação nº 5/2020-MPF.