



Número: **5004426-89.2020.4.03.6000**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Federal de Campo Grande**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Direitos Indígenas**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MINISTERIO PUBLICO FEDERAL - PR/MS (AUTOR)			
UNIÃO FEDERAL (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34998883	07/07/2020 15:41	INICIAL ACP INDÍGENAS NÃO ALDEADOS versão final corrigida	Petição inicial - PDF

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ FEDERAL DA __ VARA DA
SUBSEÇÃO JUDICIÁRIA DE CAMPO GRANDE - MS

**Ref.: Cópias de documentos extraído do Inquérito Civil n.º 1.21.000.002132/2014-02
Procedimento Preparatório n.º 1.21.000.000521/2020-33
Procedimento Preparatório n.º 1.21.000.000207/2020-51**

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, no exercício das funções institucionais previstas nos artigos 127, *caput*, e 129, inciso III, da Constituição da República, tendo em vista os elementos de prova colhidos no bojo do Inquérito Civil n.º 1.21.000.002132/2014-02 e dos Procedimentos Preparatórios n.º 1.21.000.000521/2020-33 e 1.21.000.000207/2020-51; e com fundamento nos artigos 2º e 6º, inciso VII, alíneas *a* e *c*, da Lei Complementar n.º 75/93, e nos artigos 1º, 2º e 5º, inciso I, todos da Lei n.º 7.347/85, vem propor a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM PEDIDO DE LIMINAR

em face de:

UNIÃO, 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;

pelos fundamentos de fato e de direito a seguir expostos:

I – DOS FATOS

Os procedimentos extrajudiciais em epígrafe foram instaurados, dentre outros assuntos, para apurar a regularidade da assistência à saúde indígena por parte da **Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)** e do **Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul/DSEI/MS**, com relação aos adequados atendimentos às comunidades indígenas residentes em locais não-aldeados ou localizados em núcleos urbanos no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul (*Municípios de Anastácio, Aquidauana, Bandeirantes, Bodoquena, Bonito, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Dois Irmão do Buriti, Figueirão, Jaraguari, Miranda, Nioaque, Paraíso das Águas, Porto Murtinho, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos*).

Em análise dos documentos constantes da presente demanda, foi possível observar que os órgãos competentes oferecem tratamento desigual aos indígenas residentes em locais não-aldeados ou localizados em núcleos urbanos no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul, deixando de prestar assistência à saúde dos índios desaldeados, sob a alegação de que, residindo em área urbana, as famílias indígenas receberiam todos os atendimentos de saúde e de assistência social, não sendo necessário atendimento em duplicidade.



Nesse prisma, a **Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI** informou que, nos casos em que os indígenas se encontram em “**contextos urbanos**”, eles são absorvidos pelo atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS (OFÍCIO Nº 225/2020/SESAI/NUJUR/SESAI/MS¹; NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-SESAI/GAB/SESAI/MS²; OFÍCIO Nº 28/2020/SESAI/NUJUR/SESAI/MS³; OFÍCIO Nº 84/2020/SESAI/NUJUR/SESAI/MS⁴). No mesmo sentido, OFÍCIO Nº 918/2020/MS/DSEI/SESAI/MS e OFÍCIO Nº 962/2020/MS/DSEI/SESAI/MS⁵ encaminhados pelo **Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul/DSEI/MS**⁶.

Ocorre que, não obstante a informação de que os indígenas têm acesso ao sistema de atenção à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), representantes da Comunidade Indígena Marçal de Souza informam que não gozam do direito de serem atendidos pela **SESAI**, sob o pretexto de que os não-aldeados não são contemplados pela Política Nacional de Saúde Indígena⁷. Como consequência, são privados de um atendimento diferenciado inerente ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Conforme apurado no Procedimento Preparatório n.º 1.21.000.000207/2020-51, oficiou-se ao **Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul**, solicitando informações sobre as providências que seriam adotadas pelo órgão com relação à situação constatada no Relatório Técnico n. 21/2020, redigido pelo Analista em Antropologia do presente Órgão Ministerial, o qual, em visita *in loco* à Aldeia Urbana Estrela da Manhã, localizada no bairro

1 Procedimento 1.21.000.002132/2014-02, Documento 77, Página 1-2.

2 Procedimento 1.21.000.000521/2020-33, Documento 9, Página 3-14.

3 Procedimento 1.21.000.000521/2020-33, Documento 24, Página 1-6.

4 Procedimento 1.21.000.000521/2020-33, Documento 25.1, Página 1.

5 Procedimento 1.21.000.000207/2020-51, Documento 35, Página 1-4.

6 Procedimento 1.21.000.000521/2020-33, Documento 25, Página 1-2.

7 Procedimento 1.21.000.000521/2020-33, Documento 1, Página 2.



Jardim Noroeste, em Campo Grande/MS, verificou a extrema insalubridade vivenciada pelas famílias indígenas ali residentes, resultante dos entulhos em excesso, lixo doméstico, madeiras abandonadas, dentre outros materiais considerados suficientes à proliferação de doenças, como, por exemplo, a dengue, tendo em vista o potencial criadouro de insetos aracnídeos, a exemplo do mosquito *aedes aegypti*.

Em resposta, o **Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul** informou que *“a atenção à Saúde Básica aos povos indígenas, dar-se-á no limite de atuação do DSEI-MS, não incluindo aí as Aldeias Urbanas, que não são terras indígenas, pois estão localizadas no perímetro urbano de Campo Grande, no caso em tela. Assim, o DSEI, não possui estrutura para atender a demanda de aldeias urbanas, que dispõe de todos os serviços disponíveis aos cidadãos que aqui residentes, devendo dirigir-se ao Órgão Municipal competente...”*⁸.

Por conta de tais recusas em oferecer tratamento adequado e diferenciado, conforme preceitua a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria n.º 254/2002, do Ministério da Saúde), o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** recomendou⁹ à **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI** e ao **Distrito Sanitário Especial Indígena em Mato Grosso do Sul (DSEI/MS)**, no bojo dos (três) procedimentos objetos desta ação, que prestassem atendimento regular e efetivo à saúde, por meio de equipes multidisciplinares, a todos os indígenas das Comunidades Indígenas Tamuné Kalivono, Marçal de Souza e Estrela da Manhã, ainda que não residentes em território aldeado e, além disso, promovessem o cadastramento dos indígenas no Sistema de

8 Ofício n.º 332/2020/MS/DSEI/SESAI/MS, registrado mediante etiqueta PR-MS-00004984/2020 (Procedimento 1.21.000.000207/2020-51, Documento 9, Página 1-2).

9 Recomendação n.º 08/2020 – MPF/PRMS/5º Ofício, referente ao PP 1.21.000.000521/2020-33; Recomendação n.º 09/2020 – MPF/PRMS/5º Ofício, referente ao PP 1.21.000.000207/2020-51 e Recomendação n.º 11/2020 – MPF/PRMS/5º Ofício, referente ao IC n.º 1.21.000.002132/2014-02.



Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com a consequente distribuição do Cartão SUS.

Em resultado, referente à Comunidade Indígena Tamuné Kalinovo, foco do Inquérito Civil n.º 1.21.000.002132/2014-02, a **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI** encaminhou¹⁰ a Nota Técnica n.º 5/2020-SESAI/GAB/SESAI/MS, reiterando o fato do povo indígena em questão residir em território urbano, não-aldeado, motivo pelo qual a atuação da Secretaria *“desnaturaria suas finalidades institucionais em prejuízo das comunidades aldeadas”*. Por sua vez, o **Distrito Sanitário Especial Indígena em Mato Grosso do Sul (DSEI/MS)** omitiu-se em responder à recomendação expedida.

Quanto à Comunidade Marçal de Souza, cerne do Procedimento Preparatório n.º 1.21.000.000521/2020-33, a **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI** novamente circundou-se da justificativa voltada à necessidade dos indígenas a serem assistidos pelo órgão indigenista estarem *“devidamente”* aldeados ou em território tradicionalmente ocupado por etnia definida, na medida em que povos originários residentes no contexto urbano devem ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como gênero, de forma a utilizarem os serviços fornecidos pelo Município ou Estado.

A seu turno, o **Distrito Sanitário Especial Indígena em Mato Grosso do Sul (DSEI/MS)** ratificou¹¹ a manifestação da **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI**, repetidamente sob a égide da Nota Técnica n.º 5/2020-SESAI/GAB/SESAI/MS, exemplificando a impossibilidade de acatamento da recomendação em decorrência de **não dispor de equipe multidisciplinar no DSEI/MS para realizar o trabalho**, nem insumos, local adequado e logística, o

10 Ofício n.º 225/2020/SESAI/NUJUR/SESAI/MS, registrado mediante etiqueta PR-MS-00016877/2020.

11 Ofício n.º 918/2020/MS/DSEI/SESAI/MS, registrado mediante etiqueta PR-MS-00015037/2020.



que determinaria à Comunidade Marçal de Souza a utilizar o SUS, “por serem municípes como todos os moradores do município são”.

Em relação à Comunidade Estrela da Manhã, foco do Procedimento Preparatório 1.21.000.000207/2020-51, o **Distrito Sanitário Especial Indígena em Mato Grosso do Sul (DSEI/MS)** reiterou¹² os argumentos já encaminhados por tratar-se de aldeia urbana. Oportunamente, registrou que as 134 (cento e trinta e quatro) pessoas residentes na comunidade são atendidas pela Unidade Básica de Saúde da Família (USBF) Dr. Cláudio Luiz Fontanillas Fragelli, no bairro Jardim Noroeste, Distrito Sanitária da Região do prosa.

No bojo do procedimento acima mencionado, a **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI** reafirmou¹³ a responsabilidade por parte dos entes municipais e estaduais em prestar atendimento às famílias indígenas residentes no contexto urbano, uma vez que “a responsabilidade sanitária dos DSEI restringe-se às Terras e Territórios Indígenas. Nos contextos urbanos, a autoria sanitária Compete à Secretaria Municipal de Saúde...”.

Desse modo, infere-se que os indígenas residentes no contexto urbano no do âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul (*Municípios de Anastácio, Aquidauana, Bandeirantes, Bodoquena, Bonito, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Dois Irmão do Buriti, Figueirão, Jaraguari, Miranda, Nioaque, Paraíso das Águas, Porto Murtinho, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos*), não recebem assistência adequada à saúde, pelos órgãos competentes, mostrando-se necessário o ajuizamento da presente demanda judicial.

12 Ofício n.º 962/2020/MS/DSEI/SESAI/MS, registrado mediante etiqueta PR-MS-00015896/2020.

13 Ofício n.º 209/2020/SESAI/NUJUR/SESAI/MS, registrado mediante etiqueta PR-MS-00015983/2020.



II – DO DIREITO

II.1 – Da legitimidade ativa do Ministério Público Federal e da competência da Justiça Federal

A Constituição da República definiu o Ministério Público como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, e o incumbiu da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (artigo 127).

Dentre as atribuições constitucionais do órgão ministerial, está a defesa judicial dos interesses e direitos das populações indígenas (art. 129, inciso V, da Constituição Federal).

A Lei Complementar nº 75/93, a seu turno, determina que uma das funções institucionais do Ministério Público da União é defender em juízo os interesses coletivos das comunidades indígenas (art. 5º, III, “e”) e prevê, em seu artigo 6º, incisos VII, alínea “c”, e XI, e art. 37, inciso II, a legitimidade ativa do Ministério Público Federal para o ajuizamento de ação civil pública que tenha por escopo a proteção dos interesses individuais e coletivos das comunidades indígenas.

Em face desses preceitos, e tendo em vista a indubitosa presença de interesse federal na demanda, resta configurada a legitimidade ativa do *Parquet* federal.

De outra parte, a competência da Justiça Federal para processar e julgar a presente ação encontra amparo no artigo 109, inciso I, da CF/88, pela natureza do sujeito passivo (UNIÃO) e ativo da ação.



Além disso, consoante a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, a presença do Ministério Público Federal no polo ativo da demanda é suficiente para determinar a competência da Justiça Federal, à luz do art. 109, I, da Constituição Federal¹⁴.

Como ensina Teori Albino Zavascki,

1) "(...) para fixar a competência da Justiça Federal, basta que a Ação Civil Pública seja proposta pelo Ministério Público Federal. Assim ocorrendo, bem ou mal, figurará como autor um órgão da União, o que é suficiente para atrair a incidência do art. 109, I, da Constituição.

(...) figurando o Ministério Público Federal, órgão da União, como parte na relação processual, a um juiz federal caberá apreciar a demanda, ainda que seja para dizer que não é ele, e sim o Ministério Público Estadual, o que tem legitimação ativa para a causa", para tanto devendo investigar se a demanda se insere "no âmbito das atribuições do Ministério Público que a promoveu". (Processo Coletivo: Tutela de Direitos Coletivos e Tutela Coletiva de Direitos, 2ª ed., São Paulo, 2007, pp. 144-145).

Por fim, também resta evidenciado que a Seção Judiciária de Campo Grande/MS detém a competência territorial absoluta para apreciar a presente demanda, nos termos do artigo 2º da Lei n.º 7.347/85, haja vista que os fatos ocorrem no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul (*Municípios de Anastácio, Aquidauana, Bandeirantes, Bodoquena, Bonito, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Dois Irmão do Buriti, Figueirão, Jaraguari, Miranda, Nioaque, Paraíso das Águas, Porto*

14 Nessa linha são, por exemplo, os seguintes arestos: Resp 1057878/RS, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 26/05/2009, DJe 21/08/2009, REsp 440.002/SE, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18.11.2004, DJ 06.12.2004 p. 195, CC 48.106/DF, Rel. Ministro FRANCISCO FALCÃO, Rel. p/ Acórdão Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 14.09.2005, DJ 05.06.2006 p. 233.



Murtinho, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos).

II.2 – 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, recentemente, 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 missão¹⁵ 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. No

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



caso da população indígena que vive em terras 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.

II.3 – 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:

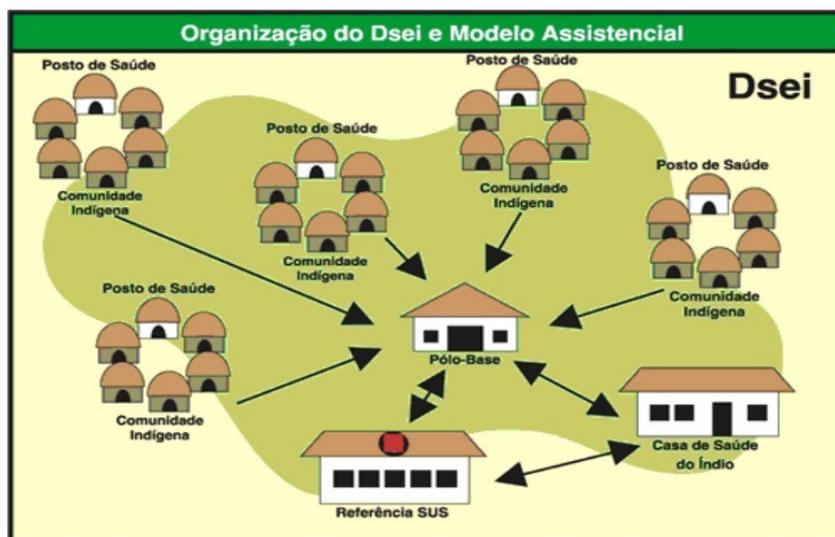
- "a) Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas (AIS);
- b) Agentes indígenas de saneamento (AISAN); e
- c) Polos-base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa de Saúde Indígena (CASAI), que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade".

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.

II.4 – Do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi criado no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena a partir de 1999. Sua implantação, iniciada simultaneamente em todos os trinta e quatro DSEIs em 2000, visou à melhoria na coleta e no acesso às informações sobre saúde indígena, imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do subsistema. Uma das fontes de dados do SIASI é o cadastramento dos indígenas usuários do SasiSUS.

O cadastramento dos indígenas, através de um número nacional de identificação, válido em todo o território nacional, constitui um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus) e no Sistema Único de Saúde (SUS) ao indígena, ao profissional que os realizou e também a unidade de saúde onde foram realizados.

O cadastramento permite a construção de um banco de dados para diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde. Os benefícios aos usuários e pacientes são notórios, pois o cadastro possibilita a identificação imediata do usuário, a rapidez no atendimento e a marcação de exames e consultas com menor burocracia. Para os gestores, o cadastramento é



essencial, pois embasa o planejamento orçamentário na determinação de prioridades das ações de saúde e auxilia na otimização da distribuição de medicamentos adquiridos pelo SUS.

Ademais, vale salientar a implantação recente, pela SESAI, do Cartão Nacional de Saúde e o Sistema Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Ambos objetivam construir um registro eletrônico para o usuário indígena e permitir aos gestores e aos profissionais de saúde acessar o histórico de atendimentos, calendário vacinal, retiradas de medicamentos, realização de exames e cirurgias. Esse cartão está sendo distribuído para todos os indígenas brasileiros. Com a medida, será possível organizar a gestão dos serviços e integrar o SIASI com os demais sistemas de informação do SUS, que registram, por exemplo, o perfil do nascimento, adoecimento e mortalidade na população em geral.

Nessa senda, verifica-se que os indígenas situados em contextos urbanos no Estado do Mato Grosso do Sul devem ser cadastrados no SIASI e receber o Cartão Nacional de Saúde, visando não apenas ao rápido acesso destes aos serviços de saúde, como também sua inclusão oficial, inclusive para fins estatísticos e orçamentários, na política de saúde indígena brasileira.

II.5 – Do direito à vida e 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 n.º 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”¹⁶.

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.

¹⁶ https://especiais.socioambiental.org/inst/esp/consulta_previa/index154d.html?q=convencao-169-da-oit-no-brasil/a-convencao-169-da-oit. Acesso em 29/06/2020, às 15h39min.



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

a) 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.

b) 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 Humanos¹⁷, especificamente no que se refere à violação de direitos de grupos vulneráveis, menciona o "*Caso Yakye Axa x Paraguai*"¹⁸, 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

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

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



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 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".

No caso objeto da presente ação, restou demonstrado que os órgãos competentes de atenção à saúde indígena (DSEI/MS e SESAI) buscaram se esquivar da prestação de atendimento adequado e específico àqueles que se identificarem como indígenas em contextos urbanos no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul (*Municípios de Anastácio, Aquidauana, Bandeirantes, Bodoquena, Bonito, Camapuã, Campo*



Grande, Corguinho, Dois Irmão do Buriti, Figueirão, Jaraguari, Miranda, Nioaque, Paraíso das Águas, Porto Murtinho, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos), restringindo suas ações apenas aos residentes em territórios indígenas.

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.

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)

De outro turno, refutando-se o argumento oferecido pela **SESAI** e pelo **Distrito Sanitário Especial Indígena**, de que os serviços de atendimento básico seriam assegurados somente no âmbito das “*terras indígenas*”, de acordo com a disposição do art. 2º, parágrafo único, do Decreto n.º 3.156/99, **vale esclarecer que normas adjetivas e regulamentares não podem restringir direitos conferidos pelas normas garantidoras de direitos fundamentais dispostas em leis, normas convencionais e normas constitucionais.**

Portanto, evidenciada a **precariedade** na assistência dispensada à saúde dos indígenas, especialmente dos residentes no contexto urbano do âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul (*Municípios de Anastácio, Aquidauana, Bandeirantes, Bodoquena, Bonito, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Dois Irmão do Buriti, Figueirão, Jaraguari, Miranda, Nioaque, Paraíso das Águas, Porto Murtinho, Ribas do Rio*



Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos), é mister instar o Poder Judiciário para a adoção das medidas adequadas.

II.6 – Não Acatamento das Recomendações

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** recomendou¹⁹ à **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI** e ao **Distrito Sanitário Especial Indígena em Mato Grosso do Sul (DSEI/MS)**, no bojo do (três) procedimentos objetos desta ação, que prestassem atendimento regular e efetivo à saúde, por meio de equipes multidisciplinares, a todos os indígenas das Comunidades Indígenas Tamuné Kalivono, Marçal de Souza e Estrela da Manhã, em ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas e, além disso, promovessem o cadastramento do povo no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com a consequente distribuição do Cartão SUS a esses usuários.

Ainda, estabeleceu-se o prazo de o **prazo de 20 (vinte) dias**, a contar do recebimento das Recomendações, para que os notificados se manifestassem acerca do acatamento, ou não, de seus termos, bem como fosse informado ao Ministério Público Federal o aludido cumprimento. É oportuno ressaltar que, ao tomarem ciências das recomendações, os órgãos responsáveis foram constituídos 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

19 Recomendação n.º 08/2020 – MPF/PRMS/5º Ofício, referente ao PP 1.21.000.000521/2020-33;
Recomendação n.º 09/2020 – MPF/PRMS/5º Ofício, referente ao PP 1.21.000.000207/2020-51 e Recomendação n.º 11/2020 – MPF/PRMS/5º Ofício, referente ao IC n.º 1.21.000.002132/2014-02.



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 exequíveis, **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, **constituídos em mora** a Secretaria Especial de Saúde Indígena e o DSEI/MS, a partir de então, deveriam ter providenciado os atos necessários quanto à efetiva proteção do direito à saúde da população indígena *residentes em contextos urbanos*, dentro do prazo estabelecido, a fim de prestar atendimento regular e efetivo à saúde, por meio de equipes multidisciplinares, a todos os indígenas, em ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas e, além disso, promover o cadastramento dos indígenas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com a consequente distribuição do Cartão SUS a esses usuários.

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.

III – DO PEDIDO DE CONCESSÃO DE TUTELA DE URGÊNCIA

O quadro narrado evidencia a necessidade patente de concessão de tutela de urgência por este juízo, com o escopo de que seja imediatamente propiciado atendimento de saúde a todas as pessoas que se identificarem como índios, ainda que não residam em aldeias ou territórios indígenas, no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul



(Municípios de Anastácio, Aquidauana, Bandeirantes, Bodoquena, Bonito, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Dois Irmão do Buriti, Figueirão, Jaraguari, Miranda, Nioaque, Paraíso das Águas, Porto Murtinho, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos).

A **prova inequívoca da verossimilhança das alegações** está plenamente comprovada no presente caso, por meio de todo o conjunto de elementos que formam os documentos e procedimentos anexos, bem como por todas os argumentos acima descritos.

Por sua vez, o **perigo da demora** reside na imprescindibilidade de aparato técnico para assegurar a saúde dos indígenas que, não obstante residam no contexto urbano do âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul, necessitam da prestação de serviços de atenção à saúde.

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

Vale ressaltar 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.

A notoriedade da crise sanitária mundial, amplamente divulgada nos meios de comunicação tradicionais e nas mais diversas redes sociais, 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.

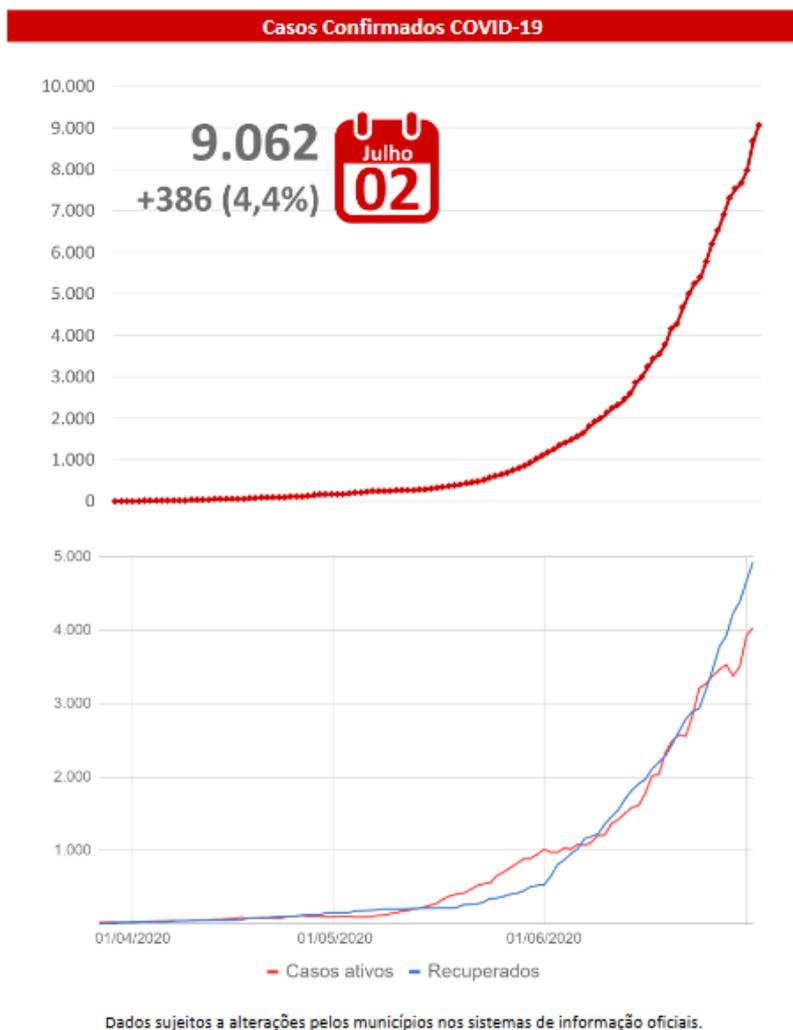
O **perigo de dano** é bem representado pelo contexto da pandemia mundial, pelas mortes e contaminações em proliferação no Brasil e no mundo. A mora na adoção dessas medidas, ou a extensão demasiada dos prazos de planejamento, tende a implicar, simultaneamente, graves prejuízos **sociais, culturais e 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 não indígenas.

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.

É fato público e notório que a Covid-19 avança sobre a população indígena no Estado do Mato Grosso do Sul. O número de casos confirmados no Estado do Mato Grosso do Sul aumenta a cada dia, conforme boletins epidemiológicos da Secretaria do Estado da Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul³, o que comprova as urgências das medidas pleiteadas, o perigo de dano



e do perigo da **demora na apreciação da tutela de urgência** requerida nos autos²⁰:



Assim, constata-se que o indeferimento da medida liminar comprometerá irremediavelmente a efetividade da prestação jurisdicional e a

20 Disponível em: <<https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/Boletim-Epidemiol%C3%B3gico-COVID-19-2020.07.02.pdf>>.



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).

Por fim, não se concedendo a liminar, estar-se-á sacrificando a tutela do direito pleiteada nesta ação, isto é, a garantia, com absoluta prioridade, da salvaguarda da saúde e da vida dos indígenas residentes em áreas urbanas no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul.

IV – 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 dos documentos que a instruem;



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:

b1) a UNIÃO PROMOVA, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o cadastramento de todos os indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no Município de Campo Grande/MS, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e a consequente distribuição do Cartão SUS a esses usuários;

b2) a UNIÃO PRESTE, por meio do DSEI/MS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, atendimento à saúde, de modo regular e efetivo, a todos indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no Município de Campo Grande/MS, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas;

b3) a UNIÃO CONTRATE, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, para o atendimento à saúde no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de modo regular e efetivo, a todos os indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no Município de Campo Grande/MS, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, respeitando-se os trâmites administrativos internos;



c) a citação da **DEMANDADA** para, querendo, responder a presente ação, sob pena de revelia;

d) seja a FUNAI intimada para, querendo, ingressar no feito na qualidade de litisconsorte da parte autora;

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

e1) seja **CONDENADA** a **UNIÃO** à **OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente em identificar todos indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul (*Municípios de Anastácio, Aquidauana, Bandeirantes, Bodoquena, Bonito, Camapuã, Campo Grande, Corguinho, Dois Irmão do Buriti, Figueirão, Jaraguari, Miranda, Nioaque, Paraíso das Águas, Porto Murtinho, Ribas do Rio Pardo, Rochedo, Sidrolândia e Terenos*), ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, e que não tenham acesso ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

e2) seja **CONDENADA** a **UNIÃO** à **OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente em promover o cadastramento de todos os indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme descrita no item “e1)”, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e a consequente distribuição do Cartão SUS a esses usuários;

e3) seja **CONDENADA** a **UNIÃO** à **OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente em prestar atendimento à saúde, de modo regular e efetivo, por



meio do DSEI/MS, de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a todos indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme descrita no item “e1)”, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas;

e4) seja **CONDENADA a UNIÃO à OBRIGAÇÃO DE FAZER** consistente em contratar Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, para o atendimento à saúde no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de modo regular e efetivo, a todos os indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no âmbito da atribuição da Procuradoria da República no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme descrita no item “e1)”, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

f) 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**, com base no art. 537, *caput* e seu § 1º, todos do Código de Processo Civil c.c. art. 84, § 4º e art. 90, ambos do Código de Defesa do Consumidor c.c. arts. 11, 19 e 21 da Lei da Ação Civil Pública;

g) a condenação da **DEMANDADA** ao pagamento de custas e ônus da sucumbência;

h) 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.

Desde já, juntam-se cópias de documentos extraídos do Inquérito Civil n.º 1.21.000.002132/2014-02, bem como o Procedimento Preparatório n.º 1.21.000.000521/2020-33 e o Procedimento Preparatório n.º 1.21.000.000207/2020-51, sem prejuízo da juntada aos autos novos documentos que surgirem no curso da ação em razão do procedimento anexo à petição inicial.

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

Termos em que pede deferimento.

Campo Grande/MS, *(data da assinatura eletrônica)*.

LUIZ EDUARDO CAMARGO OUTEIRO HERNANDES
Procurador da República

