

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



Ilma. Sa., mandatária parlamentar responsável,
Competente Comissão parlamentar, na figura de seu presidente

****** Urgente: negativa generalizada de**
vacinação de pessoa indígena em São Paulo:
RISCO COLETIVO À VIDA ****

Com cópia para os seguintes atores públicos no tema, aos quais se abre o
convite para manifestação:

SAJU-TUÍRA, REDE INDÍGENA DA USP, a AJD (Associação Juízes para a Democracia), ABJD
(Associação Brasileira de Juristas para a Democracia) COMISSÃO DE ASSUNTOS RACIAIS DA
OAB-SP, CONSELHO DE DEFESA DA PESSOA HUMANA DO ESTADO DE SP - CONDEPE, SOS
RACISMO ALESP, NÚCLEO DE DISCRIMINAÇÃO DA DPE-SP, DECRADI, 6A CAMARA DO MPF,
COMITÊ INTERSETORIAL DE ASSUNTOS INDÍGENAS

O Grupo de Trabalho "Vacina, Parentes!",
composto por **CAISP** (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São
Paulo), **GT Indígena do Tribunal Popular**, **RENIU** (Rede de Articulação dos
Indígenas em Contextos Urbanos e Migrantes), Programa Índios na Cidade da
ONG Opção Brasil, **Associação Multiétnica Wyka Kwara**, **Movimento Levante**
Indígena na USP - **Saju Tuíra** - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da**
Faculdade de Direito da USP e diversos cidadãos, dentre os quais o advogado
Augusto Luiz de Aragão Pessin, OAB-SP 285124, tel 11 932 266 552, email
augusto.pessin@usp.br, remetente signatário, com fundamento no art. 5 da CRFB,
art. 3 da Convenção 169 da OIT, na Declaração das Nações Unidas sobre os

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



Direitos dos Povos Indígenas, Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas, bem como da Lei do Usuário do Serviço Público, Lei Geral do SUS e Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, especialmente **decisões nos autos da ADPF 709**, vem muito respeitosamente, **em regime de urgência**, expor e requerer o que segue:

I - Danos acumulados até a edição do instrutivo 28

1.0 Chegaram nas últimas semanas aos subscritores deste requerimento **diversas notícias e denúncias** - apesar dos públicos esforços da **CAPISP** (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo), a qual realizou desde a primeira oportunidade listagem prévia e apresentou¹ à ilustre secretaria da saúde do município de São Paulo- **, de que estaria sendo reiteradamente negado o acesso à vacinação de pessoas indígenas em UBS na cidade de SP.**

1.0.1 Frise-se desde já que apesar de o procedimento emergencial de listagem ter sido excepcionalmente adotado pela CAPISP, fato é que os pedidos para que as lideranças façam e apresentem listas de pessoas e localidades, ou realizem diligências similares, é injustamente oneroso e, portanto, via de regra exigência **abusiva**.

1.0.2 Isso se dá porque é parte do serviço público, especialmente o de saúde pública - evidentemente dotado de recursos públicos de grande dimensão - o dimensionamento ativo de demanda, e assim exigi-lo dos cidadãos necessitados do serviço é desproporcional e muitas vezes impeditivo.

1.0.3 A importância da esmerada manutenção das bases públicas demográficas chegou recentemente ao STF quando da tentativa de

¹ <https://www.neca.org.br/arquivos/11559>

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



impedir a realização do principal instrumento de dimensionamento, o Censo do IBGE². O resultado foi a tutela judicial para obrigar sua realização:

CENSO DEMOGRÁFICO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. DECISÃO GOVERNAMENTAL QUE NÃO CONTEMPLOU O IBGE COM DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS SUFICIENTES PARA PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DO CENSO DEMOGRÁFICO DE 2021. LEGITIMIDADE DO PODER JUDICIÁRIO PARA AVALIAR A ALOCAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS NO QUE DIZ RESPEITO A AÇÕES ESTATAIS QUE SERVEM DE ANTEPARO PARA FRUIÇÃO DE DIREITOS CONSTITUCIONAIS. DETERMINAÇÃO PARA QUE A UNIÃO ADOTE AS MEDIDAS NECESSÁRIAS À REALIZAÇÃO DO CENSO DEMOGRÁFICO NO EXERCÍCIO FINANCEIRO SEGUINTE AO DA CONCESSÃO DA TUTELA DE URGÊNCIA (2022).

1. Reconhecimento de que a inércia da Administração Pública no que toca à organização, ao planejamento e à execução do Censo Demográfico do IBGE produzirá graves consequências para a formulação, atualização e acompanhamento de políticas sociais, além de manter inalteradas – ou desatualizadas – informações que influenciam acentuadamente no rateio do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Existência de conflituosidade grave o suficiente para desestabilizar a autossuficiência dos entes subnacionais. Omissão em torno de ação estatal que visa à promoção de objetivos de envergadura constitucional, fornecendo subsídios demográficos para o constante monitoramento de políticas de transferência de renda.

² <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=466012&ori=1>

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



Redução da discricionariedade do gestor público em se tratando de políticas públicas das quais dependem, de um lado, a preservação da autossuficiência dos Estados da Federação e, de outro, a efetividade de ações de combate à pobreza. **Concessão de medida liminar para determinar a adoção das medidas administrativas e legislativas necessárias à realização do Censo Demográfico do IBGE no exercício financeiro seguinte ao da concessão da tutela de urgência (2022).** (STF - pleno - ACO 3.508-DF - Rel. Min. Gilmar Mendes -, j. 7 -14/05/2021).

1.1 Voltando aos casos ocorrido em junho no município de São Paulo, destacamos, por exemplo, dentre muitos casos, por telefone, as intervenções realizadas nas UBS da Vila Sônia e Belenzinho: ambas nos comunicaram, de pronto, o fato de que **desconheciam e portanto não cumpririam a decisão da ADPF 709 de vacinar as pessoas indígenas de contexto urbano.**

1.2 Em diversas das ocasiões apuradas foram muito firmes todas as pessoas servidoras ao invocar a proteção hierárquica, declarando que **não haviam recebido nenhuma instrução nos mais de 20 informativos oficiais emitidos pelas organizações governamentais competentes.**

1.2.1 Ocorre que a ausência de notícia nos instrutivos do PMI até a data de 07 de julho é fato público que resume a situação, e que portanto torna desnecessária a busca por cada caso nesse momento de urgência.

1.3 Destaque-se desde já que é compreensível que uma UBS não disponha de setor jurídico ou tenha obrigação de acompanhar

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



tão minuciosamente o transcorrer dos trabalhos do STF, garantindo por seus próprios meios o entendimento necessário cumprimento da ADPF 709.

1.3.1 De outro lado, contudo, uma vez que a pessoa indígena comparece ao posto de vacinação para acessar seu direito garantido pela Suprema Corte, à vacinação contra doença pandêmica fatal, e tem esse direito negado sumariamente, isso se dá com o acréscimo, mesmo que involuntário, da insuportável carga do racismo estruturado e institucional imbuído no Estado brasileiro, e sofre relevante dano a que muito menos deu causa.

1.4 Tal dano, o de buscar atendimento garantido por decisão judicial de âmbito nacional, atendimento esse para imunização de doença pandêmica e fatal, e ter o direito negado, é relevante e de amplos reflexos. Dano, frise-se, não raro acompanhado de uma série de tratamentos burocráticos costumeiros conexos de alto teor racista, como esperas vexatórias, e repetidos questionamentos impertinentes, comentários jocosos, entre outros.

1.5 Assim, a quantidade imensurável de pessoas indígenas que procurou - e teve negado sumariamente - o direito à vacinação, e não teve acesso a advogados ou entidades de apoio - desde o dia em que a decisão exarada nos autos da ADPF 709 - já tem, nesse momento, objetivo direito a alguma reparação. Bem como o tem toda a comunidade indígena, coletivamente atingida.

1.15.1 Na mesma ação, em outro trecho, deixando insofismável a abrangência da vacinação prioritária:

[...] povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos que todo e qualquer povo indígena. O fato de se localizarem em área urbana pode se dever: (i) ao avanço das cidades, (ii) à necessidade de deslocamento de

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



lideranças, (iii) à busca de escolas ou de empregos, entre outros. A mera residência em área urbana não torna o indígena aculturado, tampouco implica a inexistência de necessidades, cultura e costumes particulares.

STF. ADPF 709 MC-Ref, Tribunal Pleno, Rel. Min. Roberto Barroso, DJe 07/10/2020

1.15.2 Tais decisões de prioridade lastreiam-se em consolidada documentação científica e estudos de instituições nacionais e internacionais de ampla legitimidade pública (Fiocruz, UFPel, ScienceDirect, The Lancet, entre outras), firmando a premissa de que "Os Povos Indígenas são especialmente vulneráveis a doenças infectocontagiosas, para as quais apresentam baixa imunidade e taxa de mortalidade superior à média nacional. Há indícios de expansão acelerada do contágio da COVID-19 entre seus membros e alegação de insuficiência das ações promovidas pela União para sua contenção."³

1.15.3 Seguem os estudos anexos (Doc. V), dos quais se destaca as **constatações científicas de, em resumo:**

- a) **Maior índice de contaminações:** mesmo em zonas urbanas, a prevalência do coronavírus Sars-Cov-2 entre a população indígena mostra-se cinco vezes maior do que a encontrada na população branca⁴ (Doc. V);
- b) **Maior gravidade das contaminações** (também até cinco vezes maiores na manifestação de anticorpos)⁵ (Doc. V);

³ STF. ADPF 709 MC-Ref, Tribunal Pleno, Rel. Min. Roberto Barroso, DJe 07/10/2020. **Com destaque para o fato de que se antes havia indícios, com que ora se apresenta está consolidada a prova da insuficiência, e mais, do frontal descumprimento da decisão judicial em prejuízo de centenas de milhares, senão milhões de pessoas indígenas cidadãos brasileiras.**

⁴ Estudo disponível em: <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=3128>, e FIOCRUZ. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Op. Cit.

⁵ Cf. Hallal et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20303879>>. Em sentido semelhante,

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
 Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



- c) **Maior taxa de mortalidade** em todas as idades (chegando a ser 7,1 vezes maior na faixa de 0 a 7 anos)⁶.

1.6 De outro lado, **mesmo já emitido o instrutivo 28 de 07 de julho de 2021, como se verá, é preciso ainda que se tomem medidas institucionais a fim de fazer valer - urgentemente - o direito à vacinação já explicitado, das pessoas indígenas em contexto urbano**, e que o cumprimento se dê de maneira **livre de cargas de racismo institucional**.

1.7 Imperativo também destacar que nos casos específicos de algumas pessoas indígenas, que tiveram a vacinação negada, e que contataram esse grupo, foi possível, mediante **intervenção de advogado**, realizar o pedido de autorização específica, com envio prévio de nome às supervisões regionais, e agendamento posterior, e finalmente **algumas vacinações bem sucedidas. Mas apenas por terem acesso a advogado**.

1.8 Evidentemente que a condição de interposição obrigatória de advogado junto ao serviço público para fazer valer a decisão judicial, além de restringir abissalmente o acesso ao direito, **é resquício de procedimento tutelar e indigno da qualidade de plena cidadania** que tem a pessoa indígena desde a promulgação da constituição de 1988, ao menos. É mais um importante dano coletivo acumulado.

1.9 Foi possível, como se destacou, mediante atenção técnica, detectar que até 07 de julho de 2021, passados quase 4 meses da publicação da decisão liminar emergencial de 16 de março (anexa) nos autos da ADPF 709, não havia ainda ocorrido a inclusão **nos instrutivos do plano**

Otávio T. Ranzani et al. "Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data". The Lancet . 15 jan. 2021. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930560-9>>.

⁶ Pontes et al. "Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos", p. 6-7. In. Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil . Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021.

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



municipal de imunização o direito da pessoa indígena em contexto urbano de acessar a vacinação prioritária.

1.10 Finalmente, em 07 de julho recebemos a notícia da publicação do quadro adiante no instrutivo 28. Tal foi o remédio, imagina-se, pretendido, para combater a recorrência fatal de negativas tão danosas de acesso. Contudo, a solução dada pelo instrutivo não é suficiente para solucionar o problema, e a municipalidade permanece em mora, como veremos.

II - Persistência de danos e necessidade de providências urgentes

2.0 Traz o texto do informativo referido:

População indígena aldeada ou não aldeada com mais de 18 anos	Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de etnia
	Data: A partir de 19/01	

Trecho do Informativo 28, de 18/06/21, atualização de 07/07/2021.

Expressão discriminatória: "aldeada ou não aldeada"

2.1 Em primeiro lugar, destaque-se que a oposição onomástica "aldeada" ou "não aldeada" não está de acordo com a terminologia mais adequada, e tampouco aquela utilizada na decisão judicial.

2.2 Ocorre que o fato de a pessoa indígena pertencer ou não a uma aldeia não se relaciona com o fato de estar vivendo em contexto urbano. A rigor, o binômio "aldeado x não-aldeado" remete ao já superado paradigma integracionista, segundo o qual não era possível vislumbrar que uma

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



pessoa indígena possa conviver, por exemplo, em cidades, sem ter de abrir mão de sua dignidade de pessoa indígena.

2.3 Em resumo, não tem pertinência alguma para os fins da atividade pública se a pessoa indígena vive ou não, ou tem suas raízes ou não, em alguma aldeia específica, ou várias, ou até mesmo nenhuma (caso de pessoas de muitos dos povos mais atingidos pelo etnocídio, por exemplo), e sim que está, ao requerer acesso, em contexto urbano, e que nesse caso tem direito garantido pela decisão judicial.

2.3.1 Uma razão suplementar direta é o fato de que um dos motivos da decisão de vacinação prioritária urbana foi justamente para evitar o deslocamento em massa das pessoas indígenas para suas eventuais aldeias de origem para acessar o serviço. A distinção é desnecessária e causa confusão.

2.4 Urge, portanto, a substituição de "não aldeada e aldeada" para "em contexto urbano".

2.5 Outra modificação urgente é aquela que impõe a condição de "Comprovante de etnia".

Comprovante de etnia

2.6 Como se pode constatar do texto da decisão (anexa) judicial, há expressa menção ao critério estabelecido, que é a **autodeclaração:**

(...) nas mesmas condições dos demais povos indígenas aldeados, identificados os indígenas fundamentalmente com base em autodeclaração, nos termos do art. 1º^o da Convenção

⁷ " 2. A consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente Convenção." (Conv. 169 OIT, art. 1)

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



169 OIT (v. itens V e VI, infra). Responsável: Ministério da Saúde, com apoio da FUNAI.

2.7 Não bastasse tal patente motivo, assoma-se também o fato notório da ampla paralisação e dificuldade do acesso aos serviços da FUNAI, que em muitas unidades não tem sequer sido capaz de emitir seus Registros Administrativos, bem como a acrescida dificuldade de busca de soluções alternativas, como declarações de lideranças e membros do povo, por razões decorrentes da pandemia.

2.8 Da mesma maneira encontram-se generalizadamente inviabilizadas as retificações judiciais e cartoriais de registro civil, que dependem quase que exclusivamente da intervenção da FUNAI.

2.9 Portanto, sem prejuízo de futuros aprimoramentos, como os que vem sendo discutidos acerca da resolução 3/2012 do CNJ, o fato é que no atual momento de urgência, deve-se dar preferência, para fins de imunização, ao princípio geral da presunção de boa-fé do usuário do serviço público (Lei do Usuário do Serviço Público, art.5, II), e aos princípios desburocratizantes que inspiram por exemplo a Lei 7.115/83, evitando-se a exigência de documentos comprobatórios expiatórios e constrangedores.

2.10 De outro lado, **é notório que não existe no rol de documentos brasileiros nenhum que se nomeie "comprovante de etnia", o que torna a exigência, além de contrária à decisão, impossível de se cumprir.**

2.11 Ou seja, se antes algumas poucas pessoas indígenas conseguiam, com apoio de advogado, vencer as barreiras do SUS invocando diretamente às supervisões a decisão do Superior Tribunal Federal, agora nem isso se mostra possível, pois foi inserida uma exigência nova, e inatingível.

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT Indígena do Tribunal Popular** - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** - **Associação Multiétnica Wyka Kwara** - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju Tuíra** - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



2.12 Dessa maneira, ao invés de aprimorar o acesso ao direito de vacinação, informando a população e os servidores do SUS, o instrutivo vem trazer confusão, deixando, no melhor dos casos, a critério das UBS e equipes de vacinação a missão de julgar "comprovantes" que por ventura alguma pessoa indígena entenda que devem ser os tais "comprovantes de etnia".

2.9 **Urge, portanto, a substituição da expressão "comprovante de etnia" por "autodeclaração disponibilizada no local".**

III - Dos requerimentos de urgência

3.0 Considerando todas as razões expostas, bem como os pareceres técnicos dos autos da ADPF 709 - os quais comprovam o risco de agravamento do genocídio indígena mediante incidência **muito mais gravosa na população indígena** dos vetores biológicos patogênicos da COVID-19 requer-se atenção específica de vossas senhorias para o assunto, e as medidas que dentro das competências e possibilidades de cada uma se fizerem possíveis **dada a extrema urgência e gravidade da situação.**

3.1 Informa-se desde já que está sendo encaminhado requerimento semelhante **à Secretaria do Município (anexo IV)**, com os seguintes pedidos de sua competência:

Retificação **urgente** ao informativo 28:

- **a substituição de "não aldeada e aldeada" para "em contexto urbano";**

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



- a substituição da expressão "comprovante de etnia" por "autodeclaração disponibilizada no local de vacinação";
- a autorização explícita para as vacinações de segundas doses no menor prazo possível segundo o funcionamento de cada vacina.

Instruções suplementares e divulgação ativa para primeiras e segundas doses

3.1 Por fim, como se destacou acima, um fenômeno recorrente diante da falta de informações precisas sobre o dever e as condições de vacinação, foi o comportamento discriminatório diante das pessoas indígenas por parte dos servidores públicos do SUS.

3.2 Urge, portanto, que acompanhe o informativo material educativo sobre os direitos de atendimento digno da pessoa indígena.

3.3 Em complemento, a título de reparação pelos danos já ocorridos, requer-se também a divulgação ativa, em cartaz afixados nas UBS e por serviço de propaganda público. Tal medida se lastreia inclusive pela aplicação dos princípios da Lei de Acesso à Informação, e da Lei do Usuário do Serviço Público, além da legislação de proteção à pessoa indígena.

3.4 Ao lado desse esforço, naturalmente, o reconhecimento público da dignidade cidadã da pessoa indígena em contexto urbano deve também ser buscado com um reconhecimento público e para as pessoas indígenas que tentaram a vacinação e não tiveram sucesso, da falha na comunicação interna dos serviços do município.

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**

CAISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT Indígena do Tribunal Popular** - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** - **Associação Multiétnica Wyka Kwara** - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju Tuíra** - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



3.5 Decorrências naturais desse reconhecimento serão igualmente, e devem constar dos informativos internos do serviço de imunização, o escoreito cadastramento no sistema público conforme a etnia (Portaria Nº 508/MS, de 28 de setembro de 2010, mas não apenas, vez que a portaria traz lista com um número de povos inferior à já defasada lista do IBGE⁸), fase essencial para a urgente implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002).

Trecho do requerimento apresentado à Secretaria da Saúde do município de São Paulo

3.2 Conclui-se tal requerimento portanto, com renovado protesto de estima pela importante posição institucional ocupada por V. Sa., e apelo de pronta atenção.

Termos em que
requerem-se providências e
se pede deferimento,

São Paulo, 18 de Agosto de 2021

CAISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo)

GT Indígena do Tribunal Popular

RENIU (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes)

Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil**

Associação Multiétnica Wyka Kwara

Movimento Levante Indígena na USP

⁸ Longe de ser questão hipotética, confira-se essa recente denúncia sobre a ausência do povo Puri na listagem SUS:

https://www.instagram.com/p/CSXw79_ruGq/?utm_medium=copy_link

Grupo de Trabalho "**VACINA, PARENTES!**" às **mandatárias legislativas**
CAPISP (Coordenação de Articulação dos Povos Indígenas em São Paulo) - **GT**
Indígena do Tribunal Popular - **RENIU** (Rede de Articulação dos Indígenas em
Contextos Urbanos e Migrantes) - Programa Índios na Cidade da **ONG Opção Brasil** -
Associação Multiétnica Wyka Kwara - **Movimento Levante Indígena na USP** - **Saju**
Tuíra - **Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da Faculdade de Direito da USP**



SAJU Tuíra - Serviço de Assessoria Jurídica Universitária da USP

(assinado digitalmente)

Augusto Luiz de Aragão Pessin

OAB-SP 285124

Lista de Anexos

- I - ADPF 709 - Liminar garantindo direito a vacinação;
- II - Recomendação MPF ao município de São Paulo;
- III - Instrutivo 28 do PMI;
- IV - Excerto da ADPF 709, e os seguintes documentos:

V - ROL DE DOCUMENTOS **Doc. 01** Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (**já apresentada versão mais atual no anexo IV**) **Doc. 02** Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 **Doc. 03** Artigo "Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: Cenários sociopolíticos e epidemiológicos" **Doc. 04** Artigo "SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys" **Doc. 05** Artigo "Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data".

- VI - Requerimento à Secretaria de Saúde do Município.

MEDIDA CAUTELAR NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 709 DISTRITO FEDERAL

RELATOR	: MIN. ROBERTO BARROSO
REQTE.(S)	: ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB)
ADV.(A/S)	: LUIZ HENRIQUE ELOY AMADO E OUTRO(A/S)
REQTE.(S)	: PARTIDO SOCIALISTA BRASILEIRO - PSB
ADV.(A/S)	: DANIEL ANTONIO DE MORAES SARMENTO
REQTE.(S)	: PARTIDO SOCIALISMO E LIBERDADE (P-SOL)
ADV.(A/S)	: ANDRE BRANDAO HENRIQUES MAIMONI
REQTE.(S)	: PARTIDO COMUNISTA DO BRASIL
ADV.(A/S)	: PAULO MACHADO GUIMARAES
REQTE.(S)	: REDE SUSTENTABILIDADE
ADV.(A/S)	: DANIEL ANTONIO DE MORAES SARMENTO
REQTE.(S)	: PARTIDO DOS TRABALHADORES
ADV.(A/S)	: EUGENIO JOSE GUILHERME DE ARAGAO
REQTE.(S)	: PARTIDO DEMOCRATICO TRABALHISTA
ADV.(A/S)	: LUCAS DE CASTRO RIVAS
INTDO.(A/S)	: UNIÃO
PROC.(A/S)(ES)	: ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO
INTDO.(A/S)	: FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI
PROC.(A/S)(ES)	: PROCURADOR-GERAL FEDERAL
AM. CURIAE.	: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONARIO CIMI
ADV.(A/S)	: RAFAEL MODESTO DOS SANTOS
AM. CURIAE.	: CONECTAS DIREITOS HUMANOS - ASSOCIAÇÃO DIREITOS HUMANOS EM REDE
ADV.(A/S)	: JULIA MELLO NEIVA
ADV.(A/S)	: GABRIEL DE CARVALHO SAMPAIO
ADV.(A/S)	: GABRIEL ANTONIO SILVEIRA MANTELLI
ADV.(A/S)	: THIAGO DE SOUZA AMPARO
AM. CURIAE.	: ISA INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL
ADV.(A/S)	: JULIANA DE PAULA BATISTA
AM. CURIAE.	: DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO
PROC.(A/S)(ES)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL FEDERAL
AM. CURIAE.	: MOVIMENTO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS - MNDH
ADV.(A/S)	: CARLOS NICODEMOS OLIVEIRA SILVA
AM. CURIAE.	: CONSELHO INDIGENA TAPAJOS E ARAPIUNS

ADPF 709 MC / DF

AM. CURIAE. :TERRA DE DIREITOS
ADV.(A/S) :LUCIANA CRISTINA FURQUIM PIVATO E
 OUTRO(A/S)
AM. CURIAE. :COMISSAO GUARANI YVYRUPA
ADV.(A/S) :ANDRE HALLOYS DALLAGNOL
ADV.(A/S) :GABRIELA ARAUJO PIRES

DECISÃO:

Ementa: DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. HOMOLOGAÇÃO PARCIAL DO PLANO GERAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 PARA POVOS INDÍGENAS. MEDIDAS COMPLEMENTARES.

1. Dada a necessidade premente de aprovação do Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 para Povos Indígenas, em razão do avanço da pandemia, da grande dificuldade de resposta dos órgãos envolvidos e de seu déficit estrutural, decido: (i) pela homologação parcial do Plano Geral, (ii) pela apresentação, em apartado, de Plano de Isolamento de Invasores, no prazo de 5 dias, (iii) pela apresentação de Plano de Monitoramento, no prazo de 15 dias.

2. Suspendo a Resolução nº 4/2021 da FUNAI, uma vez que, ao impor critérios de heteroidentificação aos povos indígenas, vinculados ao território e a critérios científicos e técnicos que não especifica, viola o art. 231 da Constituição, o art. 1º, 2, da Convenção 169 da OIT e a própria

ADPF 709 MC / DF

cautelar deferida por este Juízo.

3. De resto, o processo constitui, em seu conjunto, um relato histórico de como a pandemia está sendo enfrentada no país em geral e da situação em que se encontra o sistema de saúde indígena.

I. RELATÓRIO

1. Em atendimento à decisão deste Relator, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), a Procuradoria-Geral da República (PGR), a Defensoria Pública da União (DPU), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) manifestaram-se sobre a quarta versão do Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 para Povos Indígenas (Plano Geral), apresentado pela União.

2. Os referidos atores, em seu conjunto, observam que o documento permanece genérico e carece de elementos técnicos, o que não permite a avaliação de sua suficiência e exequibilidade e impossibilita o monitoramento da sua implementação. Apontam as seguintes deficiências entre outras: (i) processos de contratação e prazos incompatíveis com a situação da pandemia; (ii) não discriminação dos valores do orçamento de cada ação; (iii) não garantia de suporte ao isolamento social de indígenas; (iv) planejamento genérico, sem indicação de medidas prioritárias em tema de saneamento e acesso à água; (v) falta de transparência, bem como oposição de óbices burocráticos e orçamentários ao atendimento de indígenas de terras não homologadas; (vi) não indicação da quantidade de cestas alimentares por família, composição e periodicidade de entrega; (vii) não estabelecimento de medidas detalhadas que garantam o fluxo de equipamentos de proteção individual (EPIs), material de testagem, equipes e outros às diversas

ADPF 709 MC / DF

terras indígenas, de modo a tornar efetivos os cuidados e protocolos contemplados pelo próprio plano, colocando em dúvida a sua exequibilidade; (viii) necessidade de estabelecer critérios de monitoramento da execução do Plano Geral. Nessa linha, o Ministério Público e a Defensoria manifestaram-se por sua homologação parcial. APIB e CNDH, pela rejeição. Reiterou-se, ainda, pedido de desintrusão de invasores das Terras Indígenas Yanomami, Karipuna, Uru-EuWau-Wau, Kayapo, Arariboia, Munduruku e Trincheira Bacaja.

3. FIOCRUZ, ABRASCO, APIB E CNDH alertam o Juízo para a aprovação, pela Diretoria Colegiada da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, da Resolução n. 4, de 22.01.2021, definindo “novos critérios específicos de heteroidentificação”, por meio da qual foram estabelecidos requisitos para o reconhecimento de indígena, providência que, em seu entendimento, viola o art. 1º da Convenção 169 da OIT, abrindo caminho a que o Estado crie óbices ao reconhecimento da condição de indígena e obstrua seu acesso à prioridade na vacinação.

4. ABRASCO e FIOCRUZ pedem, ainda, que os dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) lhes sejam disponibilizados, em razão da decisão deste Relator de 18.12.2020, bem como solicitam que a União esclareça a atribuição das equipes volantes que, desde outubro de 2020, realizaram 5 ações, com o custo de R\$ 872.314,59. Questionam em quais locais essas equipes atuaram, por quanto tempo, se haverá renovação para 2021 e, em caso positivo, qual é o planejamento detalhado.

5. No curso da elaboração da quarta versão do Plano Geral, sobreveio pedido de aditamento à inicial, por meio da qual os requerentes postulam a inclusão dos povos indígenas aldeados localizados em terras não homologadas e daqueles residentes em áreas urbanas como população prioritária para o recebimento da vacina, nas mesmas condições que os demais povos indígenas, dado que o Plano Nacional de

ADPF 709 MC / DF

Vacinação não os teria contemplado. A União se opôs ao pedido, ao fundamento de que a matéria deveria ser objeto de ação autônoma.

6. Por fim, a União requereu a suspensão: (i) da decisão da 2ª Vara Federal de Campo Grande/MS (ACP nº 5004426-89.2020.4.03.6000), confirmada pelo Tribunal Regional Federal (AI 1015910-84.2020.4.01.0000), que determinou a extrusão de invasores da Terra Indígena Yanomami; bem como (ii) da cautelar deferida nos autos da ação civil pública nº 5004426-89.2020.4.03.6000, pela Justiça Federal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, que ordenou à União promover o atendimento, via Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de todos os indígenas residentes em área urbana no Município de Campo Grande. Afirma que tais decisões são conflitantes com o planejamento debatido nos autos da presente ADPF, gerando sobreposição de providências.

**II. EXAME DA QUARTA VERSÃO DO
PLANO GERAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 PARA POVOS INDÍGENAS**

7. Muito embora o Plano Geral avance em alguns detalhamentos, a maior parte das determinações anteriores deste juízo foram atendidas *apenas parcialmente, quando o foram*. O que se constata, contudo, das justificativas apresentadas, é uma profunda desarticulação por parte dos órgãos envolvidos. São exemplo disso: (i) quanto a cestas alimentares: a incapacidade de informar com precisão a distribuição de cestas de alimentos por família e os critérios de vulnerabilidade que orientam a definição dos beneficiários; (ii) quanto ao trabalho das equipes de biossegurança: o não detalhamento de equipes de trabalho ou dos fluxos de material, sob a alegação – a essa altura da pandemia e do cumprimento da cautelar – da necessidade de um “estudo logístico aprofundado”; (iii) quanto à assistência integral e diferenciada: a não especificação do número de equipes atuando por população, a não determinação das medidas adotadas para assegurar o rastreamento, isolamento e descarte de casos, o não detalhamento ou quantificação do

ADPF 709 MC / DF

fluxo de internação, da logística e dos leitos para casos que precisam de unidade de tratamento intensivo; (iv) quanto aos povos indígenas localizados em terras indígenas não homologadas: a incapacidade de delimitar as respectivas populações, demandas e serviços prestados, tal como reiteradamente determinado por este Juízo; (v) a afirmação de que as contratações com dispensa de licitação dependem de decisão judicial. Há dados conflitantes e informações contraditórias, como apontado pelos especialistas técnicos. Além disso, o plano permanece genérico em diversos pontos, o que impossibilita o monitoramento da sua execução. A sensação que se tem é de que os órgãos enfrentam grandes dificuldades de resposta na matéria.

8. De todo modo, *salvo quanto à persistente insistência da Fundação Nacional do Índio – FUNAI em diferenciar entre indígenas, o que já foi vedado por este Tribunal e parece estar sendo ignorado*, as demais dificuldades parecem ser atribuíveis a um colapso gerencial, e não propriamente à resistência no cumprimento da cautelar.

9. Assim, diante de tal quadro de precariedade e da necessidade premente de aprovação do Plano Geral, de modo a que se possam salvar vidas, **decido por sua homologação parcial**, observadas as condições traçadas nesta decisão. Excluo, contudo, da decisão de homologação parcial a parte relacionada ao isolamento de invasores, que trato em tópico apartado. De resto, esse feito constitui, em seu conjunto, um relato histórico de como a pandemia está sendo enfrentada no país e da situação em que se encontra o sistema de saúde indígena, que fica para a posteridade.

III. HOMOLOGAÇÃO PARCIAL DO PLANO GERAL

10. Em tais condições e sob tais ressalvas, homologo parcialmente o Plano Geral, com as seguintes determinações:

ADPF 709 MC / DF

(i) Quanto a cestas alimentares: deve-se proceder ao detalhamento da entrega de cestas por terras indígenas e etnias, do critério de vulnerabilidade e prever a extensão da ação por toda a duração da pandemia, com dotação orçamentária até o fim do ano. Dado que a FUNAI alega a indisponibilidade de recursos e servidores para atender tal demanda (p. 76 do Plano Geral), devem-se providenciar a abertura de crédito extraordinário e a contratação dos servidores necessários. Responsáveis: Ministério da Cidadania, quanto aos créditos e disponibilização das cestas; Ministério da Justiça e FUNAI, quanto aos créditos necessários à contratação de pessoal da FUNAI e à própria contratação.

(ii) Quanto ao acesso a água potável e a saneamento: as medidas objeto desta ação devem ser dimensionadas com o propósito de enfrentamento à pandemia. Está claro que existe um déficit estrutural e histórico no atendimento que não é o objeto imediato da ação. Ações alternativas são bem-vindas, desde que cumpram tal fim com menor demanda de recursos. Portanto, o detalhamento do Plano Geral deverá observar essa diretriz quanto ao ponto, valendo-se de medidas alternativas menos onerosas sempre que adequado e possível. Responsável: deve o Ministério da Justiça indicar as pastas competentes. Prazo para a indicação: 48 horas.

(iii) Quanto à vigilância e informação em saúde: toda e qualquer ação em saúde deve pautar-se pelos princípios da precaução e da prevenção, conforme reiterada jurisprudência do STF sobre a matéria[1]. Na dúvida, a decisão adequada é aquela que elege o critério mais protetivo à saúde entre as alternativas existentes. Nessas condições, determino: (i) a priorização do teste RT-PCR, tanto para equipes de saúde, quanto para os povos indígenas, devendo-se desenvolver planejamento e logística específica, voltada a tal fim, e utilizar teste alternativo subsidiariamente; (ii) prazo de quarentena para entrada em terra indígena de 14 dias, devendo todas as diretrizes de saúde serem

ADPF 709 MC / DF

ajustadas a tal determinação imediatamente; (iii) detalhamento da logística e da prioridade de vacinação dos povos indígenas, inclusive dos situados em terras não homologadas (p. 216-217) e urbanos sem acesso ao SUS, nas mesmas condições dos demais povos indígenas aldeados, **identificados os indígenas fundamentalmente com base em autodeclaração, nos termos do art. 1º da Convenção 169 OIT** (v. itens V e VI, infra). Responsável: Ministério da Saúde, com apoio da FUNAI.

(iv) Quanto à assistência integral e diferenciada: embora o Plano Geral afirme que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena detém pessoal suficiente para atendimento das populações “que vivem em Terras Indígenas” (p. 213 do Plano Geral), as alegações da União quanto à impossibilidade de extensão do serviço aos povos situados em terras não homologadas e urbanos se basearam justamente no argumento da incapacidade de tal subsistema de absorver tal população. Portanto, ou indígenas de terras não homologadas não são considerados pelos cálculos ou os órgãos federais precisam se colocar de acordo.

Mais adiante, o Plano Geral afirma, ainda, a esta altura da pandemia e passados mais de 7 meses da decisão cautelar, a necessidade de estudo de impacto orçamentário quanto a ações de atenção primária para povos em terras não homologadas (p. 218 do Plano Geral). Isso depois de ter afirmado deter equipes suficientes para atender a todos os que vivem em terras indígenas. **Se havia necessidade de estudo orçamentário, ele já deveria estar pronto.** Falta coerência e transparência à União no que respeita ao tratamento dispensado aos povos indígenas de terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS.

Determino que sejam informados os quantitativos de povos situados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS pela FUNAI, providenciados crédito extraordinário e eventuais contratações necessárias a seu atendimento. Responsáveis: Ministério da Saúde, com base em informações prestadas pela FUNAI sobre os aludidos povos, reiterando-se, à FUNAI, que se caracterizam como povos indígenas todas e quaisquer comunidades tradicionais que se identifiquem como tal,

ADPF 709 MC / DF

situadas ou não em terras homologadas (art. 1º da Convenção 169 OIT).

(v) Quanto à eventual escassez de recursos, pessoal, equipamentos e infraestrutura em geral, quaisquer que sejam os órgãos: devem ser indicados com objetividade, por cada órgão, com quantificação de valores, créditos e contratações temporárias e/ou emergenciais, se for o caso, em lugar de opor o déficit ao cumprimento da cautelar.

(vi) Quanto à governança pertinente à execução do Plano Geral: a governança deve ser melhor detalhada pelo Plano Geral, de forma clara, necessariamente há de contemplar a participação de representação indígena e a interlocução com este Juízo e independe de decreto ou de condicionamentos administrativos de qualquer ordem (p. 234 do Plano Geral), uma vez que se trata de cumprimento de decisão judicial (tópico IV, *infra*).

(vii) Quanto à execução e ao monitoramento: a União apresentará **Plano de Execução e Monitoramento do Plano Geral**, como previsto no próprio Plano Geral (p. 261 do Plano Geral), devendo indicar prazos compatíveis com o enfrentamento da pandemia (alguns deles parecem desconsiderá-la), e detalhamento que possibilite o monitoramento ao Juízo das suas ações. O Plano de Execução e Monitoramento deve, ademais, incluir os itens acima especificados (itens (i) a (vi)). O prazo para apresentação do Plano de Execução e Monitoramento é de 15 dias corridos, contados da ciência desta decisão. A coordenação das ações, reitera-se, é atribuída ao Ministério da Justiça, sem prejuízo da responsabilidade de cada pasta por suas próprias atribuições.

IV. PLANO DE ISOLAMENTO DE INVASORES

11. Em 08.07.2020, este Relator proferiu decisão cautelar, ratificada pelo Pleno do STF em 05.08.2020, que determinou, entre outras medidas, o isolamento de invasores de sete terras indígenas. Trata-se de

ADPF 709 MC / DF

uma ordem judicial, cujo cumprimento não se submete a condicionamentos administrativos. Por essa razão, nego homologação ao Plano Geral, quanto à proposta de isolamento de invasores e de governança nele formuladas (Seção 3 do Plano Geral, p. 228-259). Determino a elaboração e apresentação, no prazo de 5 dias, contados da ciência desta decisão, de **Plano de Isolamento de Invasores**, observadas as seguintes diretrizes:

(i) o Ministério da Justiça e da Segurança Pública apresentará o plano antes aludido, no prazo de 5 dias, contados da ciência desta decisão, competindo: (i.a) à Polícia Federal a elaboração do planejamento e execução; (i.b) ao próprio MJSP as ações estratégicas de articulação interagências.

(ii) O Ministério da Defesa, os órgãos de segurança do MJSP, a FUNAI, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (IBAMA) e a Agência Nacional de Mineração (ANM) – e demais que precisem ser acionados – deverão prestar o apoio necessário ao planejamento e à sua execução.

(iii) O planejamento deve considerar a indicação da autoridade que atuará na articulação com o Juízo.

12. Este Relator esclarece, ademais, aos requerentes que continua entre suas preocupações a importância de realizar a desintrusão de invasores, mas sem desconsiderar a complexidade de fazê-lo durante a pandemia.

**V. PEDIDO DE ADITAMENTO À INICIAL:
VACINAÇÃO PRIORITÁRIA**

13. No que se refere ao pedido de aditamento à inicial, por meio do qual se requer seja assegurada prioridade na vacinação também aos povos indígenas de terras não homologadas e urbanos, em condições de igualdade com os demais povos indígenas, recebo o requerimento como simples petição. Entendo que sequer é o caso de postular

ADPF 709 MC / DF

aditamento à inicial. Isso porque um dos objetos da ação é a elaboração de um Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 contendo medidas concretas e articuladas de enfrentamento à pandemia.

14. Não há providência mais essencial e inerente a tal objeto do que a vacinação. A despeito da resistência manifestada pela União quanto ao pedido, o próprio Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (Plano Nacional de Vacinação, 2. ed.) contempla o atendimento de povos indígenas situados em terras não homologadas e esclarece que o faz em cumprimento à medida cautelar proferida na presente ação. Não há dúvida, portanto, de que a vacinação está abrangida em seu objeto. Confira-se:

“2) População Indígena que vive em Terras Indígenas homologadas **e não homologadas**, com mais de 18 anos, assistida pelo SASISUS (dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em novembro de 2020). **Em razão da medida cautelar Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)nº 709, foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras não homologadas durante o período de pandemia.**” (p. 23, nota 1, grifou-se).

15. As razões que motivaram a inclusão de tais grupos de indígenas estão expostas no Plano Nacional de Vacinação, que esclarece que são mais vulneráveis à COVID-19, devido ao modo de vida coletivo, à dificuldade de levar atenção especializada a seus membros e à sua localização, já que se situam em áreas de difícil acesso (p. 14). A inclusão dos povos de terras não homologadas também está contemplada na quarta versão do Plano Geral (p. 260).

16. Os mesmos critérios utilizados pelo Plano Nacional de Vacinação – maior vulnerabilidade epidemiológica, modo de vida coletivo e dificuldade de atendimento de saúde *in loco* – aplicam-se,

ADPF 709 MC / DF

ainda, aos indígenas urbanos que não dispõem de acesso ao SUS. Vale assinalar que estudos referenciados pelos peritos do Juízo confirmam que também os indígenas urbanos apresentam maior vulnerabilidade epidemiológica (Nota Técnica de 12.02,2021, p. 12-16). Além disso, aqueles que não têm acesso ao SUS necessitam de atendimento pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enfrentando as dificuldades de atenção primária já identificadas e colocando maior pressão sobre esse sistema. Por fim, a não inclusão dos indígenas urbanos sem acesso ao SUS na prioridade poderia gerar deslocamentos em massa para as aldeias, na busca da vacina, agravando o risco de contágio dos indígenas aldeados. Portanto, *com base nos mesmos critérios já eleitos pelo Plano Nacional de Vacinação*, a prioridade na vacinação lhes deve ser estendida.

VI. RESOLUÇÃO DA FUNAI:

INCONSTITUCIONALIDADE, INCONVENCIONALIDADE E DESRESPEITO À
CAUTELAR

17. No que se refere à Resolução n. 4/2021 da FUNAI, a norma estabeleceu, critérios de heteroidentificação dos povos indígenas, (i) fazendo condicionamentos vinculados ao território ocupado ou habitado pelo indígena (e estabelecendo este critério como o principal para seu reconhecimento) e (ii) determinando que a sua identificação seja lastreada em “critérios técnicos/científicos”, que não especifica. Confira-se:

“Art. 2º Deverão ser observados os seguintes critérios:

I - Vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território soberano brasileiro;

II - Consciência íntima declarada sobre ser índio;

III - Origem e ascendência pré-colombiana;

Parágrafo único. Existente o critério I, haverá esse requisito aqui assinalado, uma vez que o Brasil se insere na própria territorialidade pré-colombiana;

IV - Identificação do indivíduo por grupo étnico existente,

ADPF 709 MC / DF

conforme **definição lastreada em critérios técnicos/científicos, e cujas características culturais sejam distintas daquelas presentes na sociedade não índia.**" (Grifou-se)

18. Como já esclarecido em decisão cautelar proferida por este Relator e homologada pelo Plenário, *que a FUNAI deveria conhecer e cumprir*, o critério fundamental para o reconhecimento dos povos indígenas é a **autodeclaração**. A presença ou não em território homologado é irrelevante e foi afastada pela decisão como elemento de identificação. Veja-se trecho da decisão:

"É inaceitável a postura da União com relação aos povos indígenas aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas. A identidade de um grupo como povo indígena é, em primeiro lugar, uma questão sujeita ao autorreconhecimento pelos membros do próprio grupo. Ela não depende da homologação do direito à terra. Ao contrário, antecede o reconhecimento de tal direito." (Grifou-se)

19. Nessa linha, o art. 1º, 2, da Convenção 169 da OIT prevê expressamente que a "consciência de sua identidade indígena ou tribal" é o critério fundamental para identificação dos povos indígenas[2]. A previsão tem o propósito justamente de evitar a recalcitrância dos Estados em tal reconhecimento. A Resolução n. 4/2021 da FUNAI deixa de observar tal critério, abrindo caminho a que se desconsiderem como indígenas povos que a cautelar deferida pelo Supremo Tribunal Federal já declarou que devem ser considerados como tal. Nessas condições, por meio da resolução, acaba-se possibilitando a sua exclusão de políticas públicas voltadas a tais povos e coloca-se em risco seu acesso à saúde especial e à vacinação prioritária em meio à pandemia, violando-se os arts. 215, 216, 231 da Constituição, que determinam a proteção especial de tais povos pelo Estado brasileiro[3]. **Diante do exposto, suspendo a Resolução n. 4/2021 da FUNAI, por inconstitucionalidade, inconveniência e violação à cautelar deferida por este Juízo[4].**

ADPF 709 MC / DF

VII. OUTROS PLEITOS E PROVIDÊNCIAS

20. No que respeita aos específicos requerimentos de informações da FIOCRUZ e da ABRASCO, determino: (i) que a União disponibilize os dados do SIASI aos técnicos indicados pela presidência de ambas as entidades, no prazo de 48 horas; e (ii) que esclareça a atribuição das equipes volantes, que, desde outubro de 2020, realizaram 5 ações, com o custo de R\$ 872.314,59, indicando atuação, prazo de duração, intenção de continuidade de sua operação e planejamento.

21. No que respeita ao requerimento apresentado pela União de suspensão de medidas determinadas por outros Juízos, em caso concretos, sujeitos ao controle difuso, este Relator entende que, por ora, não detém elementos suficientes para avaliar a plausibilidade do requerimento. Trata-se de casos concretos, sujeitos às suas particularidades, de que o Juízo não está informado, cujas decisões podem ser reformadas pelos recursos previstos nas normas processuais.

VIII. SÍNTESE DAS DECISÕES PROFERIDAS

22. Observado o disposto nos itens precedentes, passo a uma síntese das decisões aqui proferidas que dependem de providências por parte da União, entidades e órgãos federais:

1. No prazo de 48 horas: (i) o Ministério da Justiça e da Segurança Pública indicará as pastas responsáveis pelo detalhamento e execução das ações de acesso à água potável e saneamento; (ii) o Ministério da Saúde disponibilizará acesso às informações do SIASI aos técnicos indicados por FIOCRUZ e ABRASCO e prestará os esclarecimentos requeridos sobre as equipes volantes.

2. No prazo de 5 dias: o MJSP e a PF apresentarão Plano

ADPF 709 MC / DF

de Isolamento de Invasores. O Ministério da Defesa, os órgãos de segurança do MJSP, a FUNAI, o IBAMA e a ANM e todos os demais eventualmente necessários deverão prestar todo o apoio à execução do planejamento.

3. No prazo de 15 dias: o Ministério da Justiça coordenará e apresentará Plano de Execução e Monitoramento do Plano Geral, com detalhamento das ações, bem como com os elementos indicados nos itens (i) a (vii) do tópico III desta decisão, a fim de que a sua execução possa ser acompanhada com objetividade. A coordenação do Ministério da Justiça não afasta a responsabilidade de cada pasta, conforme suas atribuições, notadamente no que respeita ao Ministério da Saúde, à FUNAI e ao Ministério da Cidadania.

23. Os prazos antes aludidos contam-se em dias corridos e fluem da ciência desta decisão.

IX. CONCLUSÃO

24. Observados os termos e condições dispostos acima: (i) **homologo parcialmente o Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 para Povos Indígenas, quanto às Seções 1 e 2;** (ii) nego homologação à Seção 3 e determino a apresentação de novo Plano de Isolamento de Invasores no prazo de 5 dias; (iii) assino prazo de 15 dias para a apresentação de Plano de Execução e Monitoramento do Plano Geral; (iv) determino que se assegure prioridade na vacinação aos povos indígenas localizados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS; (v) suspendo a Resolução n. 4/2020 da FUNAI, por inconstitucionalidade, inconveniência e violação à cautelar deferida por este Juízo; (vi) defiro o acesso de FIOCRUZ e ABRASCO às informações postuladas; (vii) indefiro a suspensão de extrusão de Terras Yanomamis e de tratamento de extensão do serviço especial de saúde indígena aos indígenas urbanos de Campo Grande.

ADPF 709 MC / DF

25. Intimem-se as entidades e órgãos pertinentes. Intimem-se, ainda, pessoalmente: (i) o Ministro da Justiça; (ii) o Ministro da Saúde; (iii) o Ministro da Cidadania; (iv) o Ministro da Defesa; (v) o Diretor-Geral da Polícia Federal; (vi) o Presidente da FUNAI e todos os membros integrantes de sua Diretoria Colegiada; (vii) o Presidente do IBAMA; e (viii) o Diretor-Presidente da AMN. As intimações deverão ser instruídas pela presente decisão e, ainda, pelo acórdão do Pleno do STF que referendou a cautelar ora em cumprimento.

26. Intimem-se, ainda, as autoridades representantes da FIOCRUZ e da ABRASCO para que oficiem diretamente ao Ministério da Saúde, indicando os técnicos que deverão receber as senhas para acesso ao SIASI.

27. Este Juízo está à disposição do MJSP e de todas as demais pastas e órgãos para decisões complementares e/ou remoção de eventuais óbices burocráticos e administrativos que sejam necessários ao cumprimento das determinações.

Publique-se. Intime-se.

Brasília, 16 de março de 2021.

Ministro LUÍS ROBERTO BARROSO

Relator

[1] ADI 6.427 MC, Rel. Min. Roberto Barroso, j. 21.05.2020; ADI 5.592, Rel. p/ acórdão Min. Edson Fachin, j. 11.02.2019; RE 627.189, Rel. Min. Dias Toffoli, j. 08.06.2016.

[2] De acordo com a Convenção 169 da OIT: “1. A presente convenção aplica-se: a) aos povos tribais em países independentes, cujas

ADPF 709 MC / DF

condições sociais, culturais e econômicas os distingam de outros setores da coletividade nacional, e que estejam regidos, total ou parcialmente, por seus próprios costumes ou tradições ou por legislação especial; b) aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas. **2. A consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente Convenção. [...]**” (Grifou-se).

[3] Constituição de 1988: “Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais. § 1º O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional”; “Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem: I - as formas de expressão; II - os modos de criar, fazer e viver; III - as criações científicas, artísticas e tecnológicas; IV - as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais; V - os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico”; “Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”.

[4] Conforme jurisprudência consolidada no Supremo Tribunal Federal, o Tribunal pode declarar *ex officio* a inconstitucionalidade de

ADPF 709 MC / DF

norma, sempre que esta se verificar. V. RE 219.934 ED, Rel. Min. Ellen Gracie, j. 13.10.2004; e RE 2.642.894, Rel. Min. Sepúlveda Pertence, j. 03.10.2001.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
Procuradoria da República em São Paulo

Inquérito Civil n.º 1.34.001.002195/2021-11

RECOMENDAÇÃO n.º 03/2021

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, por intermédio da Procuradora da República signatária, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos XIV e XX do artigo 6º da Lei Complementar n.º 75/93 e observando o disposto na Resolução n.º 164 do Conselho Nacional do Ministério Público, de 28 de março de 2017, apresenta as seguintes considerações para, ao final, expedir recomendação:

CONSIDERANDO que incumbe ao Ministério Público a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, na forma do artigo 127 da Constituição Federal;

CONSIDERANDO ser função institucional do Ministério Público, dentre outras, zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição Federal, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (artigo 129, inciso II, da Constituição Federal);

CONSIDERANDO ser função institucional do Ministério Público defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas (artigo 129, inciso V, da Constituição Federal), e que, nos termos do artigo 5º, inciso III, “e”, da Lei Complementar n.º 75/1993, é função institucional do Ministério Público da União a defesa dos direitos e interesses coletivos, **especialmente das comunidades indígenas**, da família, da criança, do adolescente e do idoso;

CONSIDERANDO que é fato notório a declaração pública de PANDEMIA em relação ao chamado COVID-19, novo coronavírus, pela Organização Mundial de Saúde – OMS, de 11 de março de 2020, bem como a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional da OMS, de 30 de janeiro de 2020;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
Procuradoria da República em São Paulo

CONSIDERANDO as informações e documentos constantes do inquérito civil n.º 1.34.001.002195/2021-11 instaurado para apurar as ações concretas em favor da população indígena denominada de “indígenas não aldeados” no sentido de que seja garantida a prioridade na vacinação contra a pandemia do COVID-19 no Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO que, em medida cautelar no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental perante o Supremo Tribunal Federal (ADPF n.º 709 MC/DF), o Ministro Luís Roberto Barroso decidiu, entre outros fundamentos jurídicos basilares, que *“a não inclusão dos indígenas urbanos sem acesso ao SUS na prioridade poderia gerar deslocamentos em massa para as aldeias, na busca de vacina, agravando o risco de contágio dos indígenas aldeados. Portanto, com base nos mesmos critérios já eleitos pelo Plano Nacional de Vacinação, a prioridade na vacinação lhes deve ser estendida”*.

CONSIDERANDO o teor da fundamentação da Recomendação n.º 12/2021 da Procuradoria da República no Rio Grande do Sul e Procuradoria da República no Município de Passo Fundo que, entre todas as pertinentes considerações jurídicas e de fato, cumpre explicitar o fato relevante de que: *“pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, que desenvolveram a plataforma EPICOVID-BR-19, ao realizarem pesquisa nacional em seis etapas acerca da propagação do novo coronavírus segundo recorte geográfico, econômico, etário e étnico, constataram que o risco de contrair a doença entre os indígenas mostrou-se cinco vezes maior em relação aos não indígenas, sendo importante observar que a pesquisa foi realizada entre indígenas não aldeados”*;

CONSIDERANDO o teor da fundamentação da Recomendação n.º 02/2021 da Procuradoria da República no Município de São João da Boa Vista que, entre todas as pertinentes considerações jurídicas e de fato, cumpre destacar que a exclusão dos indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais, do grupo prioritário da vacinação contra o COVID-19 no Plano Nacional de Imunização, contraria a Lei n.º 14.021/2020 que, em seu artigo 1º, § 1º, inciso III,



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
Procuradoria da República em São Paulo

dispõe que os indígenas que vivem fora das terras indígenas estão abrangidos pelas suas disposições;

CONSIDERANDO que, após a referida Recomendação n.º 02/2021 da Procuradoria da República no Município de São João da Boa Vista, a Secretaria de Saúde do Município de Mogi Mirim, por meio de contato com representante dos indígenas daquele Município, obteve êxito em identificar os indígenas em contexto urbano e vaciná-los como grupo prioritário da imunização;

CONSIDERANDO o teor da Recomendação n.º 9/2021 da Procuradoria da República no Estado de Minas Gerais que, entre todas as pertinentes considerações jurídicas e de fato, reafirmou que *“o Plano Nacional de Imunização contém uma discriminação arbitrária, que não encontra respaldo nos instrumentos jurídicos que tratam dos direitos dos povos indígenas, no posicionamento das instituições que representam os povos indígenas no país, nem em pesquisas científicas que revelam a maior vulnerabilidade dos povos indígenas em geral – que vivem dentro ou fora de terras indígenas – à Covid-19”*;

CONSIDERANDO que diante do não acatamento da Recomendação n.º 01/2021 da Procuradoria da República no Estado do Amazonas já houve propositura de ação civil pública deste Ministério Público Federal no dia 02/06/2021 perante uma das Varas da Seção Judiciária do Amazonas;

CONSIDERANDO, também, que, diante da ausência de resposta tempestiva à Recomendação n.º 07/2021 da Procuradoria da República Polo Salgueiro/Ouricuri já houve a propositura de mais uma ação civil pública deste Ministério Público Federal no dia 02/06/2021 perante a 20ª Vara Federal da Subseção Judiciária de Salgueiro/PE;

CONSIDERANDO, ainda, que na referida Recomendação n.º 07/2021 da Procuradoria da República Polo Salgueiro/Ouricuri, entre todas as pertinentes considerações jurídicas e de fato, há menção expressa de que: *“a 38ª Vara Federal da*



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
Procuradoria da República em São Paulo

*Subseção Judiciária de Serra Talhada/PE decidiu, em 10/5/2021, nos autos de n. 0800243-17.2021.4.05.8303, em ação proposta pelo Povo Pankararu da Aldeia Angico, que não deve ser feita qualquer distinção entre povos aldeados ou não, situados em terras homologadas ou não, para fins de vacinação prioritária de povos indígenas, uma vez que **‘a qualidade de indígena, por si só, é suficiente para a concessão da prioridade de vacinação, não cabendo a nenhuma (sic) outro agente (judicial ou administrativo) rediscutir entendimento do C. STF’**;*

CONSIDERANDO, do mesmo modo, que, por força de ação civil pública proposta por este Ministério Público Federal perante a 3ª Vara Federal Cível e Criminal da SJAC da Seção Judiciária do Estado do Acre (processo n.º 1002549-84.2021.4.01.3000) determinou-se, em sede de tutela de urgência, que o Estado do Acre “assegure o fornecimento das doses de vacina contra a COVID-19, de modo a incluir na fase 01 da vacinação prioritária contra a COVID-19 o atendimento dos indígenas residentes em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, que estejam sem acesso ao SUS, no Estado do Acre, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, conforme quantitativo atualizado a ser enviado pelo DSEI/ARP e DSEI/ARJ”.

CONSIDERANDO que, de forma imediata, já existe possibilidade concreta de obtenção de dados junto a representações indigenistas, como se observou a partir da proposta preliminar do Plano Emergencial de Combate ao COVID-19 da Articulação dos Povos Indígenas da Região Sudeste/ARPINSUDESTES que, por seu turno, elaborou questionário apresentado às comunidades indígenas objetivando equacionar demandas concretas de indígenas também em contexto urbano;

CONSIDERANDO, ainda, que, além da possibilidade de entendimento com os representantes dos indígenas urbanos do Município de São Paulo e do Estado de São Paulo, **não se justifica a alegação de ausência de número preciso de indígenas a serem vacinados**, pois, como modelo de atuação, tem-se a prioridade das pessoas com comorbidades que estão sendo vacinadas sem que haja uma lista de quantidade de pessoas específica para tanto (Instrutivo n.º 21, atualizado em 21/05/2021, do Município de São Paulo);



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
Procuradoria da República em São Paulo

CONSIDERANDO que âmbito do agravo de instrumento n. 1009688-66.2021.4.01.0000, o Desembargador Federal Souza Prudente do Tribunal Regional Federal da 1ª Região deferiu pedido de antecipação de tutela recursal favorável aos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí-MG, **ainda que em contexto urbano**, colacionando em sua fundamentação o seguinte entendimento jurisprudencial sedimentado:

“o colendo Supremo Tribunal Federal já sedimentou o entendimento, no sentido de que, “tratando-se de direito fundamental, incluso no conceito de mínimo existencial, inexistirá empecilho jurídico para que o Judiciário estabeleça a inclusão de determinada política pública nos planos orçamentários do ente político, mormente quando não houver comprovação objetiva da incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal.” (AgRg no REsp 1136549/RS, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, julgado em 08/06/2010, DJe 21/06/2010) e de que “a orientação jurisprudencial já consolidada no âmbito de nossos tribunais é no sentido de que se afigura legítima a atuação do Poder Judiciário Republicano, visando suprir eventual omissão do Poder Público, na implementação de políticas públicas, mormente em se tratando do exercício de garantia constitucional, como no caso”. (AC 0002508-94.2005.4.01.4100/RO, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL SOUZA PRUDENTE, QUINTA TURMA, e-DJF1 p.294 de 10/01/2014)”.

RESOLVE RECOMENDAR:

I – À Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e à Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo que, no prazo de 10 (dez) dias úteis, adotem as providências jurídicas e administrativas necessárias para dar início à vacinação contra o COVID-19 dos indígenas não aldeados que se encontram em contexto urbano ou rural na Capital e no restante do Estado de São Paulo, sem que haja lista de quantidade precisa de indígenas, como já ocorre com outros grupos prioritários já contemplados com a vacinação, utilizando-se, de forma imediata, dados de entes públicos federais, estaduais e municipais,

MEDIDA CAUTELAR NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 709 DISTRITO FEDERAL

RELATOR	: MIN. ROBERTO BARROSO
REQTE.(S)	: ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB)
ADV.(A/S)	: LUIZ HENRIQUE ELOY AMADO E OUTRO(A/S)
REQTE.(S)	: PARTIDO SOCIALISTA BRASILEIRO - PSB
ADV.(A/S)	: DANIEL ANTONIO DE MORAES SARMENTO
REQTE.(S)	: PARTIDO SOCIALISMO E LIBERDADE (P-SOL)
ADV.(A/S)	: ANDRE BRANDAO HENRIQUES MAIMONI
REQTE.(S)	: PARTIDO COMUNISTA DO BRASIL
ADV.(A/S)	: PAULO MACHADO GUIMARAES
REQTE.(S)	: REDE SUSTENTABILIDADE
ADV.(A/S)	: DANIEL ANTONIO DE MORAES SARMENTO
REQTE.(S)	: PARTIDO DOS TRABALHADORES
ADV.(A/S)	: EUGENIO JOSE GUILHERME DE ARAGAO
REQTE.(S)	: PARTIDO DEMOCRATICO TRABALHISTA
ADV.(A/S)	: LUCAS DE CASTRO RIVAS
INTDO.(A/S)	: UNIÃO
PROC.(A/S)(ES)	: ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO
INTDO.(A/S)	: FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI
PROC.(A/S)(ES)	: PROCURADOR-GERAL FEDERAL
AM. CURIAE.	: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONARIO CIMI
ADV.(A/S)	: RAFAEL MODESTO DOS SANTOS
AM. CURIAE.	: CONECTAS DIREITOS HUMANOS - ASSOCIAÇÃO DIREITOS HUMANOS EM REDE
ADV.(A/S)	: JULIA MELLO NEIVA
ADV.(A/S)	: GABRIEL DE CARVALHO SAMPAIO
ADV.(A/S)	: GABRIEL ANTONIO SILVEIRA MANTELLI
ADV.(A/S)	: THIAGO DE SOUZA AMPARO
AM. CURIAE.	: ISA INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL
ADV.(A/S)	: JULIANA DE PAULA BATISTA
AM. CURIAE.	: DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO
PROC.(A/S)(ES)	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL FEDERAL
AM. CURIAE.	: MOVIMENTO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS - MNDH
ADV.(A/S)	: CARLOS NICODEMOS OLIVEIRA SILVA
AM. CURIAE.	: CONSELHO INDIGENA TAPAJOS E ARAPIUNS

ADPF 709 MC / DF

AM. CURIAE. :TERRA DE DIREITOS
ADV.(A/S) :LUCIANA CRISTINA FURQUIM PIVATO E
 OUTRO(A/S)
AM. CURIAE. :COMISSAO GUARANI YVYRUPA
ADV.(A/S) :ANDRE HALLOYS DALLAGNOL
ADV.(A/S) :GABRIELA ARAUJO PIRES

DECISÃO:

Ementa: DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FNDAMENTAL. HOMOLOGAÇÃO PARCIAL DO PLANO GERAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 PARA POVOS INDÍGENAS. MEDIDAS COMPLEMENTARES.

1. Dada a necessidade premente de aprovação do Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 para Povos Indígenas, em razão do avanço da pandemia, da grande dificuldade de resposta dos órgãos envolvidos e de seu déficit estrutural, decido: (i) pela homologação parcial do Plano Geral, (ii) pela apresentação, em apartado, de Plano de Isolamento de Invasores, no prazo de 5 dias, (iii) pela apresentação de Plano de Monirotamento, no prazo de 15 dias.

2. Suspendo a Resolução nº 4/2021 da FUNAI, uma vez que, ao impor critérios de heteroidentificação aos povos indígenas, vinculados ao território e a critérios científicos e técnicos que não especifica, viola o art. 231 da Constituição, o art. 1º, 2, da Convenção 169 da OIT e a própria

ADPF 709 MC / DF

cautelar deferida por este Juízo.

3. De resto, o processo constitui, em seu conjunto, um relato histórico de como a pandemia está sendo enfrentada no país em geral e da situação em que se encontra o sistema de saúde indígena.

I. RELATÓRIO

1. Em atendimento à decisão deste Relator, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), a Procuradoria-Geral da República (PGR), a Defensoria Pública da União (DPU), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) manifestaram-se sobre a quarta versão do Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 para Povos Indígenas (Plano Geral), apresentado pela União.

2. Os referidos atores, em seu conjunto, observam que o documento permanece genérico e carece de elementos técnicos, o que não permite a avaliação de sua suficiência e exequibilidade e impossibilita o monitoramento da sua implementação. Apontam as seguintes deficiências entre outras: (i) processos de contratação e prazos incompatíveis com a situação da pandemia; (ii) não discriminação dos valores do orçamento de cada ação; (iii) não garantia de suporte ao isolamento social de indígenas; (iv) planejamento genérico, sem indicação de medidas prioritárias em tema de saneamento e acesso à água; (v) falta de transparência, bem como oposição de óbices burocráticos e orçamentários ao atendimento de indígenas de terras não homologadas; (vi) não indicação da quantidade de cestas alimentares por família, composição e periodicidade de entrega; (vii) não estabelecimento de medidas detalhadas que garantam o fluxo de equipamentos de proteção individual (EPIs), material de testagem, equipes e outros às diversas

ADPF 709 MC / DF

terras indígenas, de modo a tornar efetivos os cuidados e protocolos contemplados pelo próprio plano, colocando em dúvida a sua exequibilidade; (viii) necessidade de estabelecer critérios de monitoramento da execução do Plano Geral. Nessa linha, o Ministério Público e a Defensoria manifestaram-se por sua homologação parcial. APIB e CNDH, pela rejeição. Reiterou-se, ainda, pedido de desintrusão de invasores das Terras Indígenas Yanomami, Karipuna, Uru-EuWau-Wau, Kayapo, Arariboia, Munduruku e Trincheira Bacaja.

3. FIOCRUZ, ABRASCO, APIB E CNDH alertam o Juízo para a aprovação, pela Diretoria Colegiada da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, da Resolução n. 4, de 22.01.2021, definindo “novos critérios específicos de heteroidentificação”, por meio da qual foram estabelecidos requisitos para o reconhecimento de indígena, providência que, em seu entendimento, viola o art. 1º da Convenção 169 da OIT, abrindo caminho a que o Estado crie óbices ao reconhecimento da condição de indígena e obstrua seu acesso à prioridade na vacinação.

4. ABRASCO e FIOCRUZ pedem, ainda, que os dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) lhes sejam disponibilizados, em razão da decisão deste Relator de 18.12.2020, bem como solicitam que a União esclareça a atribuição das equipes volantes que, desde outubro de 2020, realizaram 5 ações, com o custo de R\$ 872.314,59. Questionam em quais locais essas equipes atuaram, por quanto tempo, se haverá renovação para 2021 e, em caso positivo, qual é o planejamento detalhado.

5. No curso da elaboração da quarta versão do Plano Geral, sobreveio pedido de aditamento à inicial, por meio da qual os requerentes postulam a inclusão dos povos indígenas aldeados localizados em terras não homologadas e daqueles residentes em áreas urbanas como população prioritária para o recebimento da vacina, nas mesmas condições que os demais povos indígenas, dado que o Plano Nacional de

ADPF 709 MC / DF

Vacinação não os teria contemplado. A União se opôs ao pedido, ao fundamento de que a matéria deveria ser objeto de ação autônoma.

6. Por fim, a União requereu a suspensão: (i) da decisão da 2ª Vara Federal de Campo Grande/MS (ACP nº 5004426-89.2020.4.03.6000), confirmada pelo Tribunal Regional Federal (AI 1015910-84.2020.4.01.0000), que determinou a extrusão de invasores da Terra Indígena Yanomami; bem como (ii) da cautelar deferida nos autos da ação civil pública nº 5004426-89.2020.4.03.6000, pela Justiça Federal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, que ordenou à União promover o atendimento, via Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de todos os indígenas residentes em área urbana no Município de Campo Grande. Afirma que tais decisões são conflitantes com o planejamento debatido nos autos da presente ADPF, gerando sobreposição de providências.

**II. EXAME DA QUARTA VERSÃO DO
PLANO GERAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 PARA POVOS INDÍGENAS**

7. Muito embora o Plano Geral avance em alguns detalhamentos, a maior parte das determinações anteriores deste juízo foram atendidas *apenas parcialmente, quando o foram*. O que se constata, contudo, das justificativas apresentadas, é uma profunda desarticulação por parte dos órgãos envolvidos. São exemplo disso: (i) quanto a cestas alimentares: a incapacidade de informar com precisão a distribuição de cestas de alimentos por família e os critérios de vulnerabilidade que orientam a definição dos beneficiários; (ii) quanto ao trabalho das equipes de biossegurança: o não detalhamento de equipes de trabalho ou dos fluxos de material, sob a alegação – a essa altura da pandemia e do cumprimento da cautelar – da necessidade de um “estudo logístico aprofundado”; (iii) quanto à assistência integral e diferenciada: a não especificação do número de equipes atuando por população, a não determinação das medidas adotadas para assegurar o rastreamento, isolamento e descarte de casos, o não detalhamento ou quantificação do

ADPF 709 MC / DF

fluxo de internação, da logística e dos leitos para casos que precisam de unidade de tratamento intensivo; (iv) quanto aos povos indígenas localizados em terras indígenas não homologadas: a incapacidade de delimitar as respectivas populações, demandas e serviços prestados, tal como reiteradamente determinado por este Juízo; (v) a afirmação de que as contratações com dispensa de licitação dependem de decisão judicial. Há dados conflitantes e informações contraditórias, como apontado pelos especialistas técnicos. Além disso, o plano permanece genérico em diversos pontos, o que impossibilita o monitoramento da sua execução. A sensação que se tem é de que os órgãos enfrentam grandes dificuldades de resposta na matéria.

8. De todo modo, *salvo quanto à persistente insistência da Fundação Nacional do Índio – FUNAI em diferenciar entre indígenas, o que já foi vedado por este Tribunal e parece estar sendo ignorado*, as demais dificuldades parecem ser atribuíveis a um colapso gerencial, e não propriamente à resistência no cumprimento da cautelar.

9. Assim, diante de tal quadro de precariedade e da necessidade premente de aprovação do Plano Geral, de modo a que se possam salvar vidas, **decido por sua homologação parcial**, observadas as condições traçadas nesta decisão. Excluo, contudo, da decisão de homologação parcial a parte relacionada ao isolamento de invasores, que trato em tópico apartado. De resto, esse feito constitui, em seu conjunto, um relato histórico de como a pandemia está sendo enfrentada no país e da situação em que se encontra o sistema de saúde indígena, que fica para a posteridade.

III. HOMOLOGAÇÃO PARCIAL DO PLANO GERAL

10. Em tais condições e sob tais ressalvas, homologo parcialmente o Plano Geral, com as seguintes determinações:

ADPF 709 MC / DF

(i) Quanto a cestas alimentares: deve-se proceder ao detalhamento da entrega de cestas por terras indígenas e etnias, do critério de vulnerabilidade e prever a extensão da ação por toda a duração da pandemia, com dotação orçamentária até o fim do ano. Dado que a FUNAI alega a indisponibilidade de recursos e servidores para atender tal demanda (p. 76 do Plano Geral), devem-se providenciar a abertura de crédito extraordinário e a contratação dos servidores necessários. Responsáveis: Ministério da Cidadania, quanto aos créditos e disponibilização das cestas; Ministério da Justiça e FUNAI, quanto aos créditos necessários à contratação de pessoal da FUNAI e à própria contratação.

(ii) Quanto ao acesso a água potável e a saneamento: as medidas objeto desta ação devem ser dimensionadas com o propósito de enfrentamento à pandemia. Está claro que existe um déficit estrutural e histórico no atendimento que não é o objeto imediato da ação. Ações alternativas são bem-vindas, desde que cumpram tal fim com menor demanda de recursos. Portanto, o detalhamento do Plano Geral deverá observar essa diretriz quanto ao ponto, valendo-se de medidas alternativas menos onerosas sempre que adequado e possível. Responsável: deve o Ministério da Justiça indicar as pastas competentes. Prazo para a indicação: 48 horas.

(iii) Quanto à vigilância e informação em saúde: toda e qualquer ação em saúde deve pautar-se pelos princípios da precaução e da prevenção, conforme reiterada jurisprudência do STF sobre a matéria[1]. Na dúvida, a decisão adequada é aquela que elege o critério mais protetivo à saúde entre as alternativas existentes. Nessas condições, determino: (i) a priorização do teste RT-PCR, tanto para equipes de saúde, quanto para os povos indígenas, devendo-se desenvolver planejamento e logística específica, voltada a tal fim, e utilizar teste alternativo subsidiariamente; (ii) prazo de quarentena para entrada em terra indígena de 14 dias, devendo todas as diretrizes de saúde serem

ADPF 709 MC / DF

ajustadas a tal determinação imediatamente; (iii) detalhamento da logística e da prioridade de vacinação dos povos indígenas, inclusive dos situados em terras não homologadas (p. 216-217) e urbanos sem acesso ao SUS, nas mesmas condições dos demais povos indígenas aldeados, **identificados os indígenas fundamentalmente com base em autodeclaração, nos termos do art. 1º da Convenção 169 OIT** (v. itens V e VI, infra). Responsável: Ministério da Saúde, com apoio da FUNAI.

(iv) **Quanto à assistência integral e diferenciada:** embora o Plano Geral afirme que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena detém pessoal suficiente para atendimento das populações “que vivem em Terras Indígenas” (p. 213 do Plano Geral), as alegações da União quanto à impossibilidade de extensão do serviço aos povos situados em terras não homologadas e urbanos se basearam justamente no argumento da incapacidade de tal subsistema de absorver tal população. Portanto, ou indígenas de terras não homologadas não são considerados pelos cálculos ou os órgãos federais precisam se colocar de acordo.

Mais adiante, o Plano Geral afirma, ainda, a esta altura da pandemia e passados mais de 7 meses da decisão cautelar, a necessidade de estudo de impacto orçamentário quanto a ações de atenção primária para povos em terras não homologadas (p. 218 do Plano Geral). Isso depois de ter afirmado deter equipes suficientes para atender a todos os que vivem em terras indígenas. **Se havia necessidade de estudo orçamentário, ele já deveria estar pronto.** Falta coerência e transparência à União no que respeita ao tratamento dispensado aos povos indígenas de terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS.

Determino que sejam informados os quantitativos de povos situados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS pela FUNAI, providenciados crédito extraordinário e eventuais contratações necessárias a seu atendimento. Responsáveis: Ministério da Saúde, com base em informações prestadas pela FUNAI sobre os aludidos povos, reiterando-se, à FUNAI, que se caracterizam como povos indígenas todas e quaisquer comunidades tradicionais que se identifiquem como tal,

ADPF 709 MC / DF

situadas ou não em terras homologadas (art. 1º da Convenção 169 OIT).

(v) Quanto à eventual escassez de recursos, pessoal, equipamentos e infraestrutura em geral, quaisquer que sejam os órgãos: devem ser indicados com objetividade, por cada órgão, com quantificação de valores, créditos e contratações temporárias e/ou emergenciais, se for o caso, em lugar de opor o déficit ao cumprimento da cautelar.

(vi) Quanto à governança pertinente à execução do Plano Geral: a governança deve ser melhor detalhada pelo Plano Geral, de forma clara, necessariamente há de contemplar a participação de representação indígena e a interlocução com este Juízo e independe de decreto ou de condicionamentos administrativos de qualquer ordem (p. 234 do Plano Geral), uma vez que se trata de cumprimento de decisão judicial (tópico IV, *infra*).

(vii) Quanto à execução e ao monitoramento: a União apresentará **Plano de Execução e Monitoramento do Plano Geral**, como previsto no próprio Plano Geral (p. 261 do Plano Geral), devendo indicar prazos compatíveis com o enfrentamento da pandemia (alguns deles parecem desconsiderá-la), e detalhamento que possibilite o monitoramento ao Juízo das suas ações. O Plano de Execução e Monitoramento deve, ademais, incluir os itens acima especificados (itens (i) a (vi)). O prazo para apresentação do Plano de Execução e Monitoramento é de 15 dias corridos, contados da ciência desta decisão. A coordenação das ações, reitera-se, é atribuída ao Ministério da Justiça, sem prejuízo da responsabilidade de cada pasta por suas próprias atribuições.

IV. PLANO DE ISOLAMENTO DE INVASORES

11. Em 08.07.2020, este Relator proferiu decisão cautelar, ratificada pelo Pleno do STF em 05.08.2020, que determinou, entre outras medidas, o isolamento de invasores de sete terras indígenas. Trata-se de

ADPF 709 MC / DF

uma ordem judicial, cujo cumprimento não se submete a condicionamentos administrativos. Por essa razão, nego homologação ao Plano Geral, quanto à proposta de isolamento de invasores e de governança nele formuladas (Seção 3 do Plano Geral, p. 228-259). Determino a elaboração e apresentação, no prazo de 5 dias, contados da ciência desta decisão, de **Plano de Isolamento de Invasores**, observadas as seguintes diretrizes:

(i) o Ministério da Justiça e da Segurança Pública apresentará o plano antes aludido, no prazo de 5 dias, contados da ciência desta decisão, competindo: (i.a) à Polícia Federal a elaboração do planejamento e execução; (i.b) ao próprio MJSP as ações estratégicas de articulação interagências.

(ii) O Ministério da Defesa, os órgãos de segurança do MJSP, a FUNAI, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (IBAMA) e a Agência Nacional de Mineração (ANM) – e demais que precisem ser acionados – deverão prestar o apoio necessário ao planejamento e à sua execução.

(iii) O planejamento deve considerar a indicação da autoridade que atuará na articulação com o Juízo.

12. Este Relator esclarece, ademais, aos requerentes que continua entre suas preocupações a importância de realizar a desintrusão de invasores, mas sem desconsiderar a complexidade de fazê-lo durante a pandemia.

**V. PEDIDO DE ADITAMENTO À INICIAL:
VACINAÇÃO PRIORITÁRIA**

13. No que se refere ao pedido de aditamento à inicial, por meio do qual se requer seja assegurada prioridade na vacinação também aos povos indígenas de terras não homologadas e urbanos, em condições de igualdade com os demais povos indígenas, recebo o requerimento como simples petição. Entendo que sequer é o caso de postular

ADPF 709 MC / DF

aditamento à inicial. Isso porque um dos objetos da ação é a elaboração de um Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 contendo medidas concretas e articuladas de enfrentamento à pandemia.

14. Não há providência mais essencial e inerente a tal objeto do que a vacinação. A despeito da resistência manifestada pela União quanto ao pedido, o próprio Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (Plano Nacional de Vacinação, 2. ed.) contempla o atendimento de povos indígenas situados em terras não homologadas e esclarece que o faz em cumprimento à medida cautelar proferida na presente ação. Não há dúvida, portanto, de que a vacinação está abrangida em seu objeto. Confira-se:

“2) População Indígena que vive em Terras Indígenas homologadas e **não homologadas**, com mais de 18 anos, assistida pelo SASISUS (dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em novembro de 2020). **Em razão da medida cautelar Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)nº 709, foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras não homologadas durante o período de pandemia.**” (p. 23, nota 1, grifou-se).

15. As razões que motivaram a inclusão de tais grupos de indígenas estão expostas no Plano Nacional de Vacinação, que esclarece que são mais vulneráveis à COVID-19, devido ao modo de vida coletivo, à dificuldade de levar atenção especializada a seus membros e à sua localização, já que se situam em áreas de difícil acesso (p. 14). A inclusão dos povos de terras não homologadas também está contemplada na quarta versão do Plano Geral (p. 260).

16. Os mesmos critérios utilizados pelo Plano Nacional de Vacinação – maior vulnerabilidade epidemiológica, modo de vida coletivo e dificuldade de atendimento de saúde *in loco* – aplicam-se,

ADPF 709 MC / DF

ainda, aos indígenas urbanos que não dispõem de acesso ao SUS. Vale assinalar que estudos referenciados pelos peritos do Juízo confirmam que também os indígenas urbanos apresentam maior vulnerabilidade epidemiológica (Nota Técnica de 12.02,2021, p. 12-16). Além disso, aqueles que não têm acesso ao SUS necessitam de atendimento pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enfrentando as dificuldades de atenção primária já identificadas e colocando maior pressão sobre esse sistema. Por fim, a não inclusão dos indígenas urbanos sem acesso ao SUS na prioridade poderia gerar deslocamentos em massa para as aldeias, na busca da vacina, agravando o risco de contágio dos indígenas aldeados. Portanto, *com base nos mesmos critérios já eleitos pelo Plano Nacional de Vacinação*, a prioridade na vacinação lhes deve ser estendida.

VI. RESOLUÇÃO DA FUNAI:

INCONSTITUCIONALIDADE, INCONVENCIONALIDADE E DESRESPEITO À
CAUTELAR

17. No que se refere à Resolução n. 4/2021 da FUNAI, a norma estabeleceu, critérios de heteroidentificação dos povos indígenas, (i) fazendo condicionamentos vinculados ao território ocupado ou habitado pelo indígena (e estabelecendo este critério como o principal para seu reconhecimento) e (ii) determinando que a sua identificação seja lastreada em “critérios técnicos/científicos”, que não especifica. Confira-se:

“Art. 2º Deverão ser observados os seguintes critérios:

I - Vínculo histórico e tradicional de ocupação ou habitação entre a etnia e algum ponto do território soberano brasileiro;

II - Consciência íntima declarada sobre ser índio;

III - Origem e ascendência pré-colombiana;

Parágrafo único. Existente o critério I, haverá esse requisito aqui assinalado, uma vez que o Brasil se insere na própria territorialidade pré-colombiana;

IV - Identificação do indivíduo por grupo étnico existente,

ADPF 709 MC / DF

conforme **definição lastreada em critérios técnicos/científicos, e cujas características culturais sejam distintas daquelas presentes na sociedade não índia.**" (Grifou-se)

18. Como já esclarecido em decisão cautelar proferida por este Relator e homologada pelo Plenário, *que a FUNAI deveria conhecer e cumprir*, o critério fundamental para o reconhecimento dos povos indígenas é a **autodeclaração**. A presença ou não em território homologado é irrelevante e foi afastada pela decisão como elemento de identificação. Veja-se trecho da decisão:

"É inaceitável a postura da União com relação aos povos indígenas aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas. A identidade de um grupo como povo indígena é, em primeiro lugar, uma questão sujeita ao autorreconhecimento pelos membros do próprio grupo. Ela não depende da homologação do direito à terra. Ao contrário, antecede o reconhecimento de tal direito." (Grifou-se)

19. Nessa linha, o art. 1º, 2, da Convenção 169 da OIT prevê expressamente que a "consciência de sua identidade indígena ou tribal" é o critério fundamental para identificação dos povos indígenas[2]. A previsão tem o propósito justamente de evitar a recalcitrância dos Estados em tal reconhecimento. A Resolução n. 4/2021 da FUNAI deixa de observar tal critério, abrindo caminho a que se desconsiderem como indígenas povos que a cautelar deferida pelo Supremo Tribunal Federal já declarou que devem ser considerados como tal. Nessas condições, por meio da resolução, acaba-se possibilitando a sua exclusão de políticas públicas voltadas a tais povos e coloca-se em risco seu acesso à saúde especial e à vacinação prioritária em meio à pandemia, violando-se os arts. 215, 216, 231 da Constituição, que determinam a proteção especial de tais povos pelo Estado brasileiro[3]. **Diante do exposto, suspendo a Resolução n. 4/2021 da FUNAI, por inconstitucionalidade, inconveniência e violação à cautelar deferida por este Juízo[4].**

ADPF 709 MC / DF

VII. OUTROS PLEITOS E PROVIDÊNCIAS

20. No que respeita aos específicos requerimentos de informações da FIOCRUZ e da ABRASCO, determino: (i) que a União disponibilize os dados do SIASI aos técnicos indicados pela presidência de ambas as entidades, no prazo de 48 horas; e (ii) que esclareça a atribuição das equipes volantes, que, desde outubro de 2020, realizaram 5 ações, com o custo de R\$ 872.314,59, indicando atuação, prazo de duração, intenção de continuidade de sua operação e planejamento.

21. No que respeita ao requerimento apresentado pela União de suspensão de medidas determinadas por outros Juízos, em caso concretos, sujeitos ao controle difuso, este Relator entende que, por ora, não detém elementos suficientes para avaliar a plausibilidade do requerimento. Trata-se de casos concretos, sujeitos às suas particularidades, de que o Juízo não está informado, cujas decisões podem ser reformadas pelos recursos previstos nas normas processuais.

VIII. SÍNTESE DAS DECISÕES PROFERIDAS

22. Observado o disposto nos itens precedentes, passo a uma síntese das decisões aqui proferidas que dependem de providências por parte da União, entidades e órgãos federais:

1. No prazo de 48 horas: (i) o Ministério da Justiça e da Segurança Pública indicará as pastas responsáveis pelo detalhamento e execução das ações de acesso à água potável e saneamento; (ii) o Ministério da Saúde disponibilizará acesso às informações do SIASI aos técnicos indicados por FIOCRUZ e ABRASCO e prestará os esclarecimentos requeridos sobre as equipes volantes.

2. No prazo de 5 dias: o MJSP e a PF apresentarão Plano

ADPF 709 MC / DF

de Isolamento de Invasores. O Ministério da Defesa, os órgãos de segurança do MJSP, a FUNAI, o IBAMA e a ANM e todos os demais eventualmente necessários deverão prestar todo o apoio à execução do planejamento.

3. No prazo de 15 dias: o Ministério da Justiça coordenará e apresentará Plano de Execução e Monitoramento do Plano Geral, com detalhamento das ações, bem como com os elementos indicados nos itens (i) a (vii) do tópico III desta decisão, a fim de que a sua execução possa ser acompanhada com objetividade. A coordenação do Ministério da Justiça não afasta a responsabilidade de cada pasta, conforme suas atribuições, notadamente no que respeita ao Ministério da Saúde, à FUNAI e ao Ministério da Cidadania.

23. Os prazos antes aludidos contam-se em dias corridos e fluem da ciência desta decisão.

IX. CONCLUSÃO

24. Observados os termos e condições dispostos acima: (i) **homologo parcialmente o Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 para Povos Indígenas, quanto às Seções 1 e 2;** (ii) nego homologação à Seção 3 e determino a apresentação de novo Plano de Isolamento de Invasores no prazo de 5 dias; (iii) assino prazo de 15 dias para a apresentação de Plano de Execução e Monitoramento do Plano Geral; (iv) determino que se assegure prioridade na vacinação aos povos indígenas localizados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS; (v) suspendo a Resolução n. 4/2020 da FUNAI, por inconstitucionalidade, inconveniência e violação à cautelar deferida por este Juízo; (vi) defiro o acesso de FIOCRUZ e ABRASCO às informações postuladas; (vii) indefiro a suspensão de extrusão de Terras Yanomamis e de tratamento de extensão do serviço especial de saúde indígena aos indígenas urbanos de Campo Grande.

ADPF 709 MC / DF

25. Intimem-se as entidades e órgãos pertinentes. Intimem-se, ainda, pessoalmente: (i) o Ministro da Justiça; (ii) o Ministro da Saúde; (iii) o Ministro da Cidadania; (iv) o Ministro da Defesa; (v) o Diretor-Geral da Polícia Federal; (vi) o Presidente da FUNAI e todos os membros integrantes de sua Diretoria Colegiada; (vii) o Presidente do IBAMA; e (viii) o Diretor-Presidente da AMN. As intimações deverão ser instruídas pela presente decisão e, ainda, pelo acórdão do Pleno do STF que referendou a cautelar ora em cumprimento.

26. Intimem-se, ainda, as autoridades representantes da FIOCRUZ e da ABRASCO para que oficiem diretamente ao Ministério da Saúde, indicando os técnicos que deverão receber as senhas para acesso ao SIASI.

27. Este Juízo está à disposição do MJSP e de todas as demais pastas e órgãos para decisões complementares e/ou remoção de eventuais óbices burocráticos e administrativos que sejam necessários ao cumprimento das determinações.

Publique-se. Intime-se.

Brasília, 16 de março de 2021.

Ministro LUÍS ROBERTO BARROSO

Relator

[1] ADI 6.427 MC, Rel. Min. Roberto Barroso, j. 21.05.2020; ADI 5.592, Rel. p/ acórdão Min. Edson Fachin, j. 11.02.2019; RE 627.189, Rel. Min. Dias Toffoli, j. 08.06.2016.

[2] De acordo com a Convenção 169 da OIT: “1. A presente convenção aplica-se: a) aos povos tribais em países independentes, cujas

ADPF 709 MC / DF

condições sociais, culturais e econômicas os distingam de outros setores da coletividade nacional, e que estejam regidos, total ou parcialmente, por seus próprios costumes ou tradições ou por legislação especial; b) aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas. **2. A consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente Convenção. [...]**” (Grifou-se).

[3] Constituição de 1988: “Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais. § 1º O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional”; “Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem: I - as formas de expressão; II - os modos de criar, fazer e viver; III - as criações científicas, artísticas e tecnológicas; IV - as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais; V - os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico”; “Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”.

[4] Conforme jurisprudência consolidada no Supremo Tribunal Federal, o Tribunal pode declarar *ex officio* a inconstitucionalidade de

ADPF 709 MC / DF

norma, sempre que esta se verificar. V. RE 219.934 ED, Rel. Min. Ellen Gracie, j. 13.10.2004; e RE 2.642.894, Rel. Min. Sepúlveda Pertence, j. 03.10.2001.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

RECOMENDAÇÃO N.º 12/2021

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, por intermédio dos Procuradores da República signatários, no exercício das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos XIV e XX do art. 6º da Lei Complementar n.º 75/93 e observando o disposto na Resolução nº 164 do Conselho Nacional do Ministério Público, de 28 de março de 2017, apresenta as seguintes considerações para, ao final, expedir recomendação:

Considerando a atribuição do Ministério Público Federal para a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, atuando na defesa dos direitos difusos e coletivos e na defesa judicial e extrajudicial das populações indígenas, bem como a competência da Justiça Federal para processar e julgar a disputa sobre direitos indígenas, nos termos dos arts. 5º, III, alínea "e", e 6º, VII, alínea "c", e XI, da Lei Complementar n.º 75/93 e dos arts. 127, 129, V, e 109, XI, da Constituição Federal;

Considerando os elementos coligidos na Notícia de Fato n.º 1.29.000.000329/2021-30, instaurada no Ministério Público Federal para acompanhar a definição das prioridades nos planos de vacinação contra a Covid-19 do Município de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul, bem como sua implementação, no tocante às comunidades indígenas e quilombolas;

Considerando as informações até o momento reunidas na Notícia de Fato n.º 1.29.004.000158/2021-17, instaurada pelo Ministério Público Federal

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.seoptatub.sp.leg.br/Home/Abnt/Documento?plD=316388> ou a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 0AF9760A.6854004F.CB77DE99.221B9D90



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

em Passo Fundo para apurar a oferta de vacinação contra a Covid-19 aos indígenas em contexto urbano residentes em Água Santa e Passo Fundo;

Considerando que a Constituição Federal reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, competindo à União proteger e fazer respeitar todos os seus bens (art. 231);

Considerando que a saúde é direito social de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos dos artigos 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando que o Estado Brasileiro, reconhecendo as necessidades específicas de saúde da população indígena, instituiu, por meio da Lei n.º 9.836/1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS, organizado em 34 (trinta e quatro) Distritos Especiais de Saúde Indígena – DSEIs, localizados em todas as regiões do território brasileiro, cada um com responsabilidade sanitária na atenção primária por territórios indígenas específicos;

Considerando que o Decreto n.º 3.156/99, que regulamentou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estabelece no *caput* do seu artigo 1º que a atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde;

Considerando que à Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI cabe coordenar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS e planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, observados os princípios e as diretrizes do SUS, inclusive mediante a articulação com as demais esferas de gestão da saúde para viabilizar e garantir a complementação na assistência em média e alta complexidade;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, declarou situação de pandemia decorrente da Covid-19 –



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) –, em razão da disseminação da doença por todos os continentes;

Considerando que o Ministério da Saúde, nos termos da Portaria n.º 188/2020, editada com base no Decreto Federal n.º 7.616/2011, declarou situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2);

Considerando a Lei nº 14.021/2020 que dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública;

Considerando que, no art. 1º, § 1º, incisos III e IV, da Lei n.º 14.021/2020, são expressamente inclusos entre o público alvo das políticas emergenciais ali citadas em face da Covid-19, entre outros, os "III – indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais;" e os "IV – povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória";

Considerando o Decreto Estadual n.º 55.240, de maio de 2020, que instituiu o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo coronavírus, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, e reiterou a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual;

Considerando que, no dia 16 de dezembro de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – DEIDT da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, apresentou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

Considerando que o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, do Ministério da Saúde, que é destinado aos responsáveis pela gestão da operacionalização e monitoramento da vacinação contra a Covid-19 das instâncias federal, estadual e municipal, tem por objetivo instrumentalizar as instâncias gestoras na operacionalização da vacinação contra a Covid-19;

Considerando que a quarta versão do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, apresentada em fevereiro de 2021, incorporou, como público-alvo prioritário para a primeira fase da vacinação, os indígenas que vivem em terras indígenas demarcadas e não demarcadas;

Considerando que o Ministério da Saúde coordena e apoia, técnica, material e financeiramente a execução do Plano Nacional de Imunização; que os estados se responsabilizam pela coordenação do componente estadual e pela gestão de informações, incluindo o envio de dados ao nível federal necessários à solicitação e recebimento das vacinas; e que aos municípios compete a coordenação e execução das ações de vacinação;

Considerando que, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o Plano Estadual de Vacinação contra a Covid-19 detalha os aspectos referentes à operacionalização da campanha de vacinação, especificando os grupos prioritários mencionados no Plano Nacional;

Considerando que as especificidades imunológicas e epidemiológicas tornam os indígenas particularmente suscetíveis ao novo coronavírus, sejam aldeados ou não, sobretudo tendo em vista que doenças respiratórias são uma das principais causas de óbitos entre estes povos, conforme reconhece o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus: “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”;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

Considerando que pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, que desenvolveram a plataforma EPICOID-BR-19, ao realizarem pesquisa nacional em seis etapas acerca da propagação do novo coronavírus segundo recorte geográfico, econômico, etário e étnico, constataram que o risco de contrair a doença entre os indígenas mostrou-se cinco vezes maior em relação aos não indígenas, sendo importante observar que a pesquisa foi realizada entre indígenas não-aldeados¹;

Considerando que, segundo o referido estudo, a maior prevalência da enfermidade entre os indígenas pode ser explicada por um conjunto de fatores que afetam tais grupos não só no atual contexto de pandemia, como a alta densidade de pessoas vivendo em um mesmo ambiente, típico do modo de viver coletivo, por vezes reproduzido nas cidades, pobreza e dificuldades de acesso à saúde;

Considerando que a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI manifestou, em diversas oportunidades, o entendimento de que a prioridade na vacinação contra a Covid-19 se restringe aos indígenas residentes em terras indígenas, homologadas ou não, excluindo do atendimento os indígenas em contexto urbano não aldeados;

Considerando que, no dia 16 de março de 2021, o Ministro Roberto Barroso proferiu decisão cautelar no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 709 e determinou que fosse priorizada a vacinação aos povos indígenas localizados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS²;

Considerando que, em atenção a essa decisão, a SESAI expediu o OFÍCIO CIRCULAR n. 75/2020/COGASI/DASI/SESAI/MS e determinou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas a vacinação da população indígena que vive em terras homologadas e não-homologadas, porém nada afirmou sobre a situação dos indígenas não aldeados em contexto urbano;

¹ Todos os relatórios elaborados no âmbito da pesquisa estão disponíveis no link: <<https://wp.ufpel.edu.br/covid19/artigos-cientificos/>> acesso em 30/4/2021.

² Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=462365&ori=1>> acesso em 30/4/2021.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

Considerando que os indígenas não aldeados situados em contexto urbano têm o seu atendimento médico negado no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), pois estão em situação de invisibilidade institucional, uma vez que não são cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI;

Considerando que a Constituição Federal e a Lei n.º 8.080/90, atualizada pela Lei nº 9.836/1999, não preceituam *discrímen* para tratamento e rede de atendimento de saúde entre indígenas aldeados e não aldeados;

Considerando que a Convenção n.º 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da qual o Brasil é signatário, tampouco se conforma a esse tratamento diferenciado entre aldeados e não aldeados, uma vez que assegura aos povos indígenas o pleno gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais, *sem obstáculos nem discriminação* (art. 2º), sendo a consciência de sua identidade indígena o critério fundamental para reconhecimento do direito à aplicação da norma;

Considerando que o Ministério Público Federal vem colhendo relatos de indígenas, residentes em diversos municípios do Estado, aos quais está sendo negado o direito à vacinação contra a Covid-19 pelo fato de não estarem aldeados, havendo notícia, inclusive, de impetração de mandado de segurança, com decisão liminar favorável para que os autores indígenas fossem vacinados³;

Considerando que a cidade de Porto Alegre concentra população de indígenas migrantes do povo Warao, da Venezuela, que se encontram em acomodações extremamente precárias, circunstância que, somada ao alto grau de vulnerabilidade social e de deficiências nutricionais e de acesso a saúde, incrementa potencialmente as condições de transmissão e de agravos causados pela infecção do novo coronavírus;

Considerando que diversos fatores podem levar ao não aldeamento, entre os quais sobressaem no Rio Grande do Sul a busca pelo ensino formal nas cidades, sobretudo após a instituição do regime de cotas étnicas nos institutos e universidades públicas, a expulsão de grupos familiares de comunidades indígenas em razão de conflitos internos e, recentemente, a

³ Autos nº 5000958-42.2021.4.04.7104.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

imigração da Venezuela de indígenas da etnia Warao, que se fixaram em Porto Alegre;

Considerando que o não aldeamento é geralmente uma circunstância temporária e relativa, pois os indígenas não aldeados, ao menos os provenientes das terras indígenas no Estado, mantêm permanente contato com suas comunidades originárias, visitando-as com frequência, como ocorre com os estudantes, e pretendendo a elas retornar de modo definitivo;

Considerando que o critério fundamental para que sejam garantidos os direitos diferenciados à pessoa indígena, em caráter individual ou coletivo, é o do autorreconhecimento, não cabendo ao Estado brasileiro o processo de reconhecimento étnico, e sim apenas o acolhimento da autodeterminação e autorreconhecimento destes povos (art. 1º da Convenção nº 169 da OIT);

Considerando que, pelo critério do autorreconhecimento, são indígenas aquelas pessoas que assim se autointitulam, manifestando sentimento de pertencimento à comunidade indígena e sendo por ela reconhecidos;

Considerando que os serviços de saúde 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 e prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais (art. 24, parágrafo 2º, da Convenção nº 169 da OIT);

Considerando, por fim, que ao Ministério Público compete, nos termos do artigo 6º, XX, da Lei Complementar n.º 75/93, e da Resolução n.º 164/2017 do Conselho Nacional do Ministério Público, expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

RESOLVE RECOMENDAR:

I – Ao Secretário Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde,

a) que, no prazo máximo de 10 (dez) dias, promova, através do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul – DSEI-ISUL, o cadastramento no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) de todos os indígenas não aldeados do Estado do Rio Grande do Sul;

b) que respeite o autorreconhecimento desses indígenas no cadastramento, aceitando, além do Registro Administrativo de Nascimento Indígena – RANI e de outros documentos expedidos pela FUNAI, autodeclarações acompanhadas de declarações de integrantes da comunidade à qual estão vinculados os indígenas não aldeados;

c) que inclua os indígenas não aldeados do Rio Grande do Sul no grupo prioritário de vacinação contra a Covid-19 reservado inicialmente aos indígenas aldeados; e

d) que, após o cadastramento, encaminhe imediatamente à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul o quantitativo das doses de vacina contra a Covid-19 necessárias à imunização dos indígenas não aldeados;

II – Ao Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde,

a) que inclua os indígenas não aldeados do Rio Grande do Sul no grupo prioritário de vacinação contra a Covid-19 reservado inicialmente aos indígenas aldeados; e

b) que envie ao Rio Grande do Sul as doses de vacina necessárias para imunizar esses indígenas, tão logo ciente do quantitativo cadastrado no SIASI;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

III – À Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul,

a) que proceda a distribuição aos municípios das doses de vacinas contra a Covid-19 destinadas aos indígenas não aldeados, obedecendo à prioridade estabelecida.

EFICÁCIA DA RECOMENDAÇÃO:

A partir da data de recebimento da presente Recomendação, o Ministério Público Federal considera seus destinatários como pessoalmente cientes da situação ora exposta e, eventualmente, passíveis de responsabilização por quaisquer eventos futuros imputáveis à sua omissão.

Considerando-se a urgência que a situação requer, fixa-se o prazo de 5 (cinco) dias, a contar do recebimento, para manifestação quanto ao atendimento desta Recomendação, indicando as medidas que serão adotadas pelos destinatários quanto ao conteúdo recomendado. Solicita-se que a resposta seja apresentada, preferencialmente, por via eletrônica (endereço: <https://apps.mpf.br/spe/login> ou e-mail: prrs-oficio15@mpf.mp.br).

Publique-se no portal eletrônico do Ministério Público Federal, conforme o artigo 23 da Resolução n.º 87/2006 do Conselho Superior do Ministério Público Federal.

Encaminhe-se cópia à 6ª Câmara de Coordenação e Revisão.

Porto Alegre, 04 de maio de 2021.

Fernanda Alves de Oliveira
Procuradora da República

Jorge Irajá Louro Sodré
Procurador da República



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL
NÚCLEO DAS COMUNIDADES INDÍGENAS E MINORIAS ÉTNICAS
E PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

Pedro Nicolau Moura Sacco
Procurador da República



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PR-RS-00025411/2021 RECOMENDAÇÃO nº 12-2021**

Signatário(a): **PEDRO NICOLAU MOURA SACCO**

Data e Hora: **04/05/2021 18:28:45**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **FERNANDA ALVES DE OLIVEIRA**

Data e Hora: **04/05/2021 18:53:08**

Assinado com login e senha

Signatário(a): **JORGE IRAJA LOURO SODRE**

Data e Hora: **04/05/2021 23:32:39**

Assinado com login e senha

Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 0af9760a.6854004f.cb77de99.221b9d90

PRM-SBV-SP-00000856/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Notícia de Fato n.º 1.34.025.000030/2021-37

À Senhora

Clara Alice Franco de Almeida Carvalho

Secretária Municipal da Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Mogi Mirim

Ao Senhor

Jean Carlo Gorinchteyn

Secretário Estadual de Saúde

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

RECOMENDAÇÃO N.º 2/2021

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, por intermédio do Procurador da República que esta subscreve, no uso de suas atribuições que lhes conferem os artigos 127, *caput*, e 129, inciso V, da Constituição da República; artigos 2º, 5º, inciso III, alínea “e”, e 6º, incisos VII, alínea “c”, e XX, da Lei Complementar Federal nº 75/93, e

CONSIDERANDO que o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (CRFB/88, art. 127);

CONSIDERANDO ser função institucional do Ministério

Rua Joaquim Alfredo de Almeida, 247, Jardim Yara, CEP 13870-511, São João da Boa Vista (SP)

Tel.: (19) 3634-3058; e-mail: prsp-prm_sjbvista@mpf.mp.br

I

PRM-SBV-SP-00000856/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Público, dentre outras, defender os direitos e interesses das populações indígenas (CRFB/88, art. 129, V), competindo-lhe zelar pelo efetivo respeito aos direitos, interesses e garantias das comunidades indígenas, nos termos do art. 5º, III, “e”, da Lei Complementar n.º 75/1993;

CONSIDERANDO que é atribuição do Ministério Público Federal expedir recomendações visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, nos termos do disposto no art. 6º, XX, da Lei Complementar n.º 75/93;

CONSIDERANDO que compete ao Ministério Público promover o inquérito civil público e a ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (art. 129, inciso III, da CRFB/88);

CONSIDERANDO que a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho, promulgada no Brasil por meio do Decreto nº 5.051, de 19/04/2004, garante aos povos indígenas acesso ao direito à saúde, bem como a medidas especiais que sejam necessárias para resguardar sua integridade, tendo em vista a especificidade de tais povos. Nesse sentido:

Artigo 4.

1. Deverão ser adotadas as medidas especiais que sejam necessárias para salvaguardar as pessoas, as instituições, os bens, as culturas e o meio ambiente dos povos interessados.

Artigo 25

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

PRM-SBV-SP-00000856/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

CONSIDERANDO que o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 exclui do grupo prioritário para a vacinação os indígenas que não vivem em terras indígenas, mas em contexto urbano;

CONSIDERANDO que a discriminação de indígenas que vivem em contexto urbano, impropriamente denominados “indígenas não aldeados”, promovida pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, deve ser compreendida no quadro geral de que o Governo Federal vem insistentemente buscando criar subcategorias de populações indígenas, no intuito de promover a redução de políticas públicas para os povos indígenas no país, mantendo um discurso abertamente assimilacionista e, portanto, contrário à Constituição Cidadã de 1988;

CONSIDERANDO que a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil divulgou, aos 22 de janeiro de 2021, manifesto com o seguinte teor:

Ao mesmo tempo em que comemoramos avanços, manifestamos também nossa profunda indignação ao plano de vacinação apresentado pelo Governo Federal por não incluir a totalidade dos indígenas que vivem no Brasil como grupo prioritário no cronograma de imunização.

CONSIDERANDO que o Conselho Nacional de Saúde – instância colegiada que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), e integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde –, em sua Recomendação n.º 73, de 22 de dezembro de 2020, recomendou ao Ministério da Saúde a ampliação de grupos prioritários na vacinação contra a Covid-19, incorporando a “*população indígena não aldeada que vive nas cidades e em acampamentos próximos à*

PRM-SBV-SP-00000856/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

cidade.”

CONSIDERANDO que instituições científicas vêm demonstrando que a maior vulnerabilidade dos indígenas à Covid-19 é encontrada também entre os indígenas que não vivem em terras indígenas;

CONSIDERANDO, nesse sentido, que o artigo publicado no Boletim Observatório Covid-19, de outubro de 2020, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), destacou que:

Devido a fatores históricos e socioeconômicos, os povos indígenas são particularmente vulneráveis à Covid-19 e às suas graves consequências.

[...]

Em áreas urbanas, observou-se soroprevalências de anticorpos superiores em indígenas em comparação a outras categorias de cor ou raça, em particular os brancos.

CONSIDERANDO que estudo coordenado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) - o EPICOVID 19-BR, revelou que a prevalência do coronavírus Sars-Cov-2 entre a população indígena urbana (5,4%) é cinco vezes à encontrada na população branca (1,1%);¹

CONSIDERANDO que, para dissipar qualquer dúvida, a referida Lei 14.021/2020 traz em seu artigo 1º, § 1º, o detalhamento das populações abrangidas por suas disposições, entre elas os indígenas que vivem fora das terras

¹ <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/07/02/proporcao-de-covid-19-entre-indios-que-vivem-na-cidade-e-5-vezes-a-da-populacao-branca-aponta-pesquisa.ghtml>. Acesso em 26.04.2021. Os primeiros números gerais do EPICOVID -BR foram publicados na Revista The Lancet e já apontavam a prevalência do coronavírus entre a população indígena urbana, nos seguintes termos: “Prevalence among Indigenous people was 6.4% (4.1 –9.4) compared with 1.4% (1.2–1.7) among White people.” Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30387-9/fulltext#seccesstitle140](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30387-9/fulltext#seccesstitle140)

PRM-SBV-SP-00000856/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

indígenas, em áreas urbanas ou rurais:

Art. 1º.

§ 1º Estão abrangidos pelas disposições desta Lei:

I - indígenas isolados e de recente contato;

II - indígenas aldeados;

III - indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais;

IV - povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória;

[...]

CONSIDERANDO que, dessa forma, a exclusão dos indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais do grupo prioritário da vacinação contra a COVID-19 no Plano Nacional de Imunização contraria a Lei n.º 14.021/2020;

CONSIDERANDO que, no âmbito da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 709, em decisão cautelar proferida no dia 08/07/2020, referendada pelo Pleno, o Ministro Roberto Barroso consignou:

51. No mesmo sentido, povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos que todo e qualquer povo indígena. O fato de se localizarem em área urbana pode se dever: (i) ao avanço das cidades, (ii) à necessidade de deslocamento de lideranças, (iii) à busca de escolas ou de empregos, entre outros. A mera residência em área urbana não torna o indígena aculturado, tampouco implica a

PRM-SBV-SP-00000856/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

inexistência de necessidades, cultura e costumes particulares.

CONSIDERANDO que, no dia 16/03 /21, em decisão proferida no âmbito da referida ADPF nº 709, o Ministro Roberto Barroso destacou que:

16. Os mesmos critérios utilizados pelo Plano Nacional de Vacinação – maior vulnerabilidade epidemiológica, modo de vida coletivo e dificuldade de atendimento de saúde in loco – aplicam-se, ainda, aos indígenas urbanos que não dispõem de acesso ao SUS. Vale assinalar que estudos referenciados pelos peritos do Juízo confirmam que também os indígenas urbanos apresentam maior vulnerabilidade epidemiológica (Nota Técnica de 12.02.2021, p. 12-16).

CONSIDERANDO, portanto, que o Plano Nacional de Imunização contém uma discriminação arbitrária, que não encontra respaldo nos instrumentos jurídicos que tratam dos direitos dos povos indígenas, no posicionamento das instituições que representam os povos indígenas no país, nem em pesquisas científicas que revelam a maior vulnerabilidade dos povos indígenas em geral – que vivem dentro ou fora de terras indígenas – à Covid-19,

RESOLVE:

RECOMENDAR à Secretaria Municipal de Saúde de Mogi Mirim/SP e à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que incluam imediatamente, como grupo prioritário para vacinação contra a Covid 19, todos os indígenas que vivem no Município de Mogi Mirim – inclusive aqueles que residam em áreas urbanas, informando o Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista – DRS XIV acerca das providências adotadas.

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL adverte que a presente

PRM-SBV-SP-00000856/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

recomendação dá ciência e constitui em mora os destinatários quanto às providências solicitadas, podendo a omissão na adoção das medidas recomendadas implicar o manejo de todas as medidas administrativas e ações judiciais cabíveis contra os que se mantiverem inertes.

Nesse passo, com fundamento no artigo 8º, II, e §§ 3º e 5º da Lei Complementar n.º 75/93 e artigo 10 da Lei n.º 7.347/85, o Ministério Público Federal requisita que, **no prazo de 5 (cinco) dias**, contados do recebimento da presente recomendação, sejam apresentadas informações acerca da comprovação da realização das medidas acima mencionadas ou as justificativas para o não acatamento.

São João da Boa Vista, *datado e assinado digitalmente*.

ALMIR TEUBL SANCHES
Procurador da República



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

RECOMENDAÇÃO Nº 9, de 12 de abril de 2021

Inquérito civil nº 1.22.000.000824/2020-19

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, por meio dos Procuradores da República que esta subscrevem, no exercício das atribuições que lhes conferem os artigos 127, *caput*, e 129, inciso V, da Constituição da República; artigos 2º, 5º, inciso III, alínea “e”, e 6º, incisos VII, alínea “c”, e XX, da Lei Complementar Federal nº 75/93, e

CONSIDERANDO que o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (CF/88, art. 127, *caput*);

CONSIDERANDO ser função institucional do Ministério Público, dentre outras, defender os direitos e interesses das populações indígenas (CF/88, art. 129, V), competindo-lhe zelar pelo efetivo respeito aos direitos, interesses e garantias das comunidades indígenas, nos termos do art. 5º, III, “e”, da Lei Complementar n.º 75/1993;

CONSIDERANDO que é atribuição do Ministério Público Federal expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como o respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, nos termos do disposto no art. 6º, XX, da Lei Complementar n.º 75/93;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

CONSIDERANDO que compete ao Ministério Público promover o inquérito civil público e a ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (art. 129, inciso III, da CR/88);

CONSIDERANDO que a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho, promulgada no Brasil por meio do Decreto nº 5.051, de 19/04/2004, garante aos povos indígenas acesso ao direito à saúde, bem como a medidas especiais que sejam necessárias para resguardar sua integridade, tendo em vista a especificidade de tais povos. Nesse sentido:

Artigo 4.

1. Deverão ser adotadas as medidas especiais que sejam necessárias para salvaguardar as pessoas, as instituições, os bens, as culturas e o meio ambiente dos povos interessados.

Artigo 25

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.

CONSIDERANDO que o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 exclui do grupo prioritário para a vacinação os indígenas que não vivem em terras indígenas, mas em contexto urbano;

CONSIDERANDO que a discriminação de indígenas que vivem em contexto urbano, impropriamente denominados “indígenas não aldeados”, promovida pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, deve ser compreendida no quadro geral de que o Governo Federal vem **insistentemente**



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

buscando criar subcategorias de populações indígenas, no intuito de promover a redução de políticas públicas para os povos indígenas no país, mantendo um discurso abertamente assimilacionista e, portanto, contrário à Constituição Cidadã de 1988;

CONSIDERANDO que a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil divulgou, aos 22 de janeiro de 2021, manifesto com o seguinte teor:

Ao mesmo tempo em que comemoramos avanços, manifestamos também nossa profunda indignação ao plano de vacinação apresentado pelo Governo Federal por não incluir a totalidade dos indígenas que vivem no Brasil como grupo prioritário no cronograma de imunização.

CONSIDERANDO que, em ofício encaminhado no dia 02/04/2021, o Comitê Mineiro de Apoio às Causas Indígenas destacou que:

Portanto, inobstante, o Plano Nacional de Vacinação, não preveja como grupo prioritário 1 para vacinação os indígenas não aldeados, entendemos que considerando **o risco gerado pela alta vulnerabilidade social, bem como a característica cultural de trânsito da cidade para as aldeias que os indígenas vivenciam, com o objetivo de garantir a subsistência das mesmas, imprescindível que essa população esteja incluída na primeira etapa de vacinação.**

Entendemos que a inclusão pelo Plano Nacional de Vacinação apenas dos indígenas aldeados em terras demarcadas configura grave violação ao direito à saúde dessa população, restringindo o que a lei não restringiu.

[...]

Reiteramos que as comunidades indígenas nas cidades estão entre os grupos mais vulnerabilizados da sociedade, em virtude dos efeitos das múltiplas formas de racismo, de exclusão socioeconômica, de violência física e simbólica.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

CONSIDERANDO que o Conselho Nacional de Saúde – instância colegiada que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), e integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde –, em sua Recomendação n. 73, de 22 de dezembro de 2020, recomendou ao Ministério da Saúde a ampliação de grupos prioritários na vacinação contra a Covid-19, incorporando a *“população indígena não aldeada que vive nas cidades e em acampamentos próximos à cidade.”*

CONSIDERANDO que, acerca da discriminação promovida pelo Ministério da Saúde, no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, a especialista em saúde indígena Dra. Ana Lúcia Pontes, médica sanitária, pesquisadora da Fiocruz e coordenadora do Grupo de Trabalho Saúde dos Povos Indígenas da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), assim se manifestou:

Toda a discussão que temos tido no enfrentamento da pandemia é que esse tipo de discriminação não é algo correto e desejável. A vacinação prioritária deveria ser para todos os indígenas. Não deveria ter a ver com sua situação domiciliar. A prerrogativa da Sesai é pensar e executar essa atenção diferenciada. A vulnerabilidade indígena é encontrada em diferentes contextos, nas aldeias e também nas periferias das cidades. (<https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/12/14/plano-vacinacao-governo-bolsonaro-indigenas.htm>)

CONSIDERANDO que instituições científicas vêm demonstrando que, de fato, a maior vulnerabilidade dos indígenas à Covid-19 é encontrada também entre os indígenas que não vivem em terras indígenas;

CONSIDERANDO, nesse sentido, que o artigo publicado no Boletim Observatório Covid-19, de outubro de 2020, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), destacou que:

Devido a fatores históricos e socioeconômicos, os povos indígenas são particularmente vulneráveis à Covid-19 e às suas graves consequências.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

[...]

Em áreas urbanas, observou-se soroprevalências de anticorpos superiores em indígenas em comparação a outras categorias de cor ou raça, em particular os brancos.

CONSIDERANDO que estudo coordenado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) - o EPICOVID 19-BR, revelou que a prevalência do coronavírus Sars-Cov-2 entre a população indígena urbana (5,4%) é cinco vezes à encontrada na população branca (1,1%);¹

CONSIDERANDO portanto que, diante de sua maior vulnerabilidade ao coronavírus, devem os indígenas – que vivem ou não em terras indígenas – integrar o cronograma prioritário de vacinação contra o coronavírus;

CONSIDERANDO que, nesse sentido, a **Lei 14.021/2020** previu que os povos indígenas serão considerados como grupos em situação de extrema vulnerabilidade, de alto risco e destinatários de ações relacionadas ao enfrentamento de emergências epidêmicas e pandêmicas, como é o caso da COVID-19:

Art. 2º. Os povos indígenas, as comunidades quilombolas, os pescadores artesanais e os demais povos e comunidades tradicionais serão considerados como grupos em situação de extrema vulnerabilidade e, relacionadas ao enfrentamento de emergências epidêmicas e pandêmicas.

¹ <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/07/02/proporcao-de-covid-19-entre-indios-que-vivem-na-cidade-e-5-vezes-a-da-populacao-branca-aponta-pesquisa.ghtml>. Os primeiros números gerais do EPICOVID 19-BR foram publicados na Revista The Lancet e já apontavam a prevalência do coronavírus entre a população indígena urbana, nos seguintes termos: “Prevalence among Indigenous people was 6·4% (4·1–9·4) compared with 1·4% (1·2–1·7) among White people.” Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30387-9/fulltext#seccestitle140](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30387-9/fulltext#seccestitle140)



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

CONSIDERANDO que, para dissipar qualquer dúvida, a referida **Lei 14.021/2020** traz em seu artigo 1º, § 1º, o detalhamento das populações abrangidas por suas disposições, entre elas **os indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais:**

Art. 1º.

§ 1º Estão abrangidos pelas disposições desta Lei:

I - indígenas isolados e de recente contato;

II - indígenas aldeados;

III - indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais;

IV - povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória;

[...]

CONSIDERANDO que, dessa forma, a exclusão dos indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais do grupo prioritário da vacinação contra a COVID-19 no Plano Nacional de Imunização contraria a Lei 14.021/2020;

CONSIDERANDO que, no âmbito do agravo de instrumento n. 1009688-66.2021.4.01.0000, o Desembargador Federal Souza Prudente deferiu pedido de antecipação de tutela recursal, à consideração, inclusive, de que “não se mostra admissível a omissão dos órgãos competentes de atenção à saúde indígena, conforme apurado pelo órgão ministerial, em relação a determinadas aldeias indígenas por parte da Administração Pública, considerando-se a essencialidade do bem pretendido, impondo-se, na espécie, a intervenção do Poder Judiciário Republicano, para assegurar o direito à saúde e à vida das comunidades indígenas, que se encontram



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

constitucionalmente tuteladas (CF, arts. 5º, XXXV e 231, caput e respectivo parágrafo 3º);

CONSIDERANDO ainda que, no referido agravo de instrumento n. 1009688-66.2021.4.01.0000, determinou-se à União Federal que “preste, por meio do DSEI-MG/ES e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, atendimento à saúde, de modo regular e efetivo, aos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí-MG, **ainda que em contexto urbano**” (g.n.);

CONSIDERANDO que, no âmbito da **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709**, em decisão cautelar proferida no dia 08/07/2020, referendada pelo Pleno, o Ministro Roberto Barroso consignou:

51. No mesmo sentido, povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos que todo e qualquer povo indígena. O fato de se localizarem em área urbana pode se dever: (i) ao avanço das cidades, (ii) à necessidade de deslocamento de lideranças, (iii) à busca de escolas ou de empregos, entre outros. A mera residência em área urbana não torna o indígena aculturado, tampouco implica a inexistência de necessidades, cultura e costumes particulares.

CONSIDERANDO que, no dia 16/03 /21, em decisão proferida no âmbito da referida ADPF nº 709, o Ministro Roberto Barroso destacou que:

16. Os mesmos critérios utilizados pelo Plano Nacional de Vacinação – maior vulnerabilidade epidemiológica, modo de vida coletivo e dificuldade de atendimento de saúde in loco – aplicam-se, ainda, aos indígenas urbanos que não dispõem de acesso ao SUS. Vale assinalar que estudos referenciados pelos peritos do Juízo confirmam que também os indígenas urbanos



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

apresentam maior vulnerabilidade epidemiológica (Nota Técnica de 12.02.2021, p. 12-16).

CONSIDERANDO, portanto, que o Plano Nacional de Imunização contém uma discriminação arbitrária, que não encontra respaldo nos instrumentos jurídicos que tratam dos direitos dos povos indígenas, no posicionamento das instituições que representam os povos indígenas no país, nem em pesquisas científicas que revelam a maior vulnerabilidade dos povos indígenas em geral – que vivem dentro ou fora de terras indígenas – à Covid-19;

RESOLVE RECOMENDAR

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena em Minas Gerais e Espírito Santo, à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que incluam imediatamente, como grupo prioritário para vacinação contra a Covid 19, todos os indígenas que vivem no estado de Minas Gerais – inclusive aqueles que residam em áreas urbanas.

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** adverte que a presente recomendação dá ciência e constitui em mora os destinatários quanto às providências solicitadas, podendo a omissão na adoção das medidas recomendadas implicar o manejo de todas as medidas administrativas e ações judiciais cabíveis contra os que se mantiverem inertes.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS
PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Nesse passo, com fundamento no artigo 8º, II, e §§ 3º e 5º da Lei Complementar nº 75/93 e artigo 10 da Lei nº 7.347/85, requisita que, **no prazo de 5 (cinco) dias**, contadas do recebimento da notificação, sejam apresentadas informações acerca da comprovação da realização das medidas acima mencionadas ou as justificativas para o não acatamento desta Recomendação.

Belo Horizonte, 12 de abril de 2021.

(assinado digitalmente)

EDMUNDO ANTONIO DIAS NETTO JUNIOR

Procurador da República

Procurador Regional dos Direitos do
Cidadão Substituto

(assinado digitalmente)

HELDER MAGNO DA SILVA

Procurador da República

Procurador Regional dos Direitos do
Cidadão



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PR-MG-00022449/2021 RECOMENDAÇÃO nº 9-2021**

Signatário(a): **HELDER MAGNO DA SILVA**

Data e Hora: **12/04/2021 21:52:31**

Assinado com certificado digital

Signatário(a): **EDMUNDO ANTONIO DIAS NETTO JUNIOR**

Data e Hora: **12/04/2021 21:50:23**

Assinado com certificado digital

Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 247a30c8.b70e9c4a.e32f32d1.fbffe2a3

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

RECOMENDAÇÃO LEGAL Nº 01/2021
5º OFÍCIO/PR/AM

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, por meio do procurador da República signatário, com fundamento nas disposições constitucionais e legais,

1. CONSIDERANDO a atribuição do Ministério Público Federal para a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, atuando na defesa dos direitos difusos e coletivos, na defesa judicial e extrajudicial das populações indígenas, bem como a competência da Justiça Federal para processar e julgar a disputa sobre direitos indígenas, nos termos do art. 5º, III, alínea “e”, art. 6º, VII, “c”, XI da LC nº 75/93 e dos arts. 127, 129, V, e 109, XI, da CF/88;

2. CONSIDERANDO as atribuições do 5º Ofício sobre os procedimentos relativos aos direitos das populações indígenas, das comunidades quilombolas, tradicionais e demais matérias afetas à 6ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, nos termos do artigo 12, I, da Resolução PR/AM nº 01/2012;

3. CONSIDERANDO que a Constituição Federal de 1988 reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, competindo à União proteger e fazer respeitar todos os seus bens (art. 231);

4. CONSIDERANDO que a saúde é um direito social de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos dos artigos 6º e 196, da Constituição Federal;

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 1 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?pID=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

5. CONSIDERANDO que os cuidados com a saúde são de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que devem conjugar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, nos moldes do art. 23, II; art. 30, VII da Constituição Federal, bem como do art. 7º, XI, do Lei nº 8.080/1990;

6. CONSIDERANDO que o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e entes públicos federais, estaduais e municipais, da administração pública direta e indireta, obedecendo aos princípios da universalidade e igualdade da assistência à saúde, dentre outros, conforme dispõe a Lei nº 8.080/1990;

7. CONSIDERANDO a situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, declarada pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 (novo Coronavírus);

8. CONSIDERANDO que, por meio da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil declarou situação Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional;

9. CONSIDERANDO a promulgação da Lei nº 13.989/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019;

10. CONSIDERANDO a situação de caos e colapso na saúde pública no estado do Amazonas desde 2020, ainda mais severa no início de 2021, corroborada por nota técnica do Observatório Covid-19 e do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), que mostra as taxas acumuladas de incidência da COVID-19 no estado em dois momentos, nas

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse: <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 2 de 16

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

semanas epidemiológicas 50 a 53/2020 (Figura 1) e 53/2020 a 03/2021 (Figura 2), expondo a rápida progressão nas diferentes regiões do estado, com incremento da taxa de incidência de 131,4% e da taxa de mortalidade de 344,5% (Figuras 3 e 4) (Fiocruz; ILMD; 2021^[1]);

11. CONSIDERANDO que já foram identificados no Amazonas cerca de 250 genomas, na capital e interior, sendo que a linhagem P.1, progressivamente, se transformou na mais prevalente a partir de dezembro, chegando a 91,4% das amostras em janeiro (Fiocruz; ILMD; FVS-AM, 2021)^[2];

12. CONSIDERANDO a Lei nº 14.021/2020 que dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública;

13. CONSIDERANDO que em no art. 1, §1º, III e IV da Lei nº 14.021/2020 são expressamente inclusos entre o público alvo das políticas emergenciais ali citadas em face da Covid-19, entre outros, os "*III - indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais;*" e os "*IV - povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória;*";

14. CONSIDERANDO que as especificidades imunológicas e epidemiológicas tornam os povos indígenas particularmente suscetíveis ao novo coronavírus, seja em contexto urbano ou nas aldeias e comunidades, sobretudo tendo em vista que doenças respiratórias são uma das principais causas de óbitos entre estes povos, conforme reconhece o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19):^[3]

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 3 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?pID=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

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.

15. CONSIDERANDO que a existência de comunidades indígenas nos núcleos urbanos das cidades há muito é uma realidade no Brasil e, notadamente, no Estado do Amazonas;

16. CONSIDERANDO que a migração de indígenas para as cidades, transitória ou em caráter permanente, é motivada pela busca de acesso a educação formal, necessidades de saúde não atendidas pelos serviços básicos, acesso a emprego e renda, situação de crescente insegurança nas aldeias e uma série de fatores que tem na sua raiz a desigualdade social, a pobreza e a notória vulnerabilidade histórica dos povos indígenas;

17. que a falta de segurança fundiária sobre os territórios tradicionais, gerada sobretudo pela ausência de demarcação das terras indígenas, com consequentes invasões, exploração ilegal das áreas de uso e ameaças de despejo ilegal, constituem importantes fatores da mobilidade entre as comunidades indígenas;

18. CONSIDERANDO que, nesse fluxo de mobilidade, os indígenas que migram para os núcleos urbanos levam consigo todas as vulnerabilidades epidemiológicas presentes nas aldeias, as quais tendem a ser agravadas pelas condições precárias em que geralmente se instalam nas cidades, condições estas que incluem falta de água potável e alimentação adequada;

19. CONSIDERANDO que em diversos estudos acadêmicos, bem como no

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 4 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4B9F964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?plD=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Laudo Técnico antropológico nº 02/2019 - DPA/CNP/SPPEA do MPF, é claramente demonstrado o intenso fluxo entre indígenas das aldeias e cidades, aptos a configurar as características de mobilidade acima mencionadas, como no trecho a seguir que descreve que as famílias indígenas residentes na zona urbana em Manaus, acompanhadas no estudo *"estabelecem relações significativas com seus territórios de origem, as quais são fortemente mediadas pelos laços de parentesco ali mantidos. O vínculo com o local de origem é reforçado e atualizado pelos circuitos de visitação entre parentes, envolvendo a ida frequente ou esporádica das famílias do Tarumã-Açu, em Manaus, para o interior, bem como a vinda de seus parentes do interior para a capital amazonense";*

20. CONSIDERANDO que o MPF/AM recebeu documentos no início de 2021 de diversas entidades indígenas (COPIME, AMARN, FOREEIA) demonstrando este fluxo entre indígenas das aldeias e da cidade, uma vez das relações de parentesco e afinidade, inclusive durante a pandemia para fins de acolhimento durante tratamento, entre outros motivos;

21. CONSIDERANDO as estimativas da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME) e da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), segundo as quais ao menos 20 mil indígenas vivem na cidade de Manaus, grande parte deles nascidos em terras indígenas;

22. CONSIDERANDO que outros municípios do interior do Estado do Amazonas, como São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro ou Atalaia do Norte, concentram significativa população indígena em seus núcleos urbanos;

23. CONSIDERANDO o posicionamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena de que o atendimento de tais comunidades em contexto urbano estaria fora da esfera de atuação do subsistema de saúde indígena, o que implica na necessidade de articulação e coordenação do atendimento junto às esferas estadual e municipal;

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 5 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacao/documento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

24. CONSIDERANDO que, a despeito da expressiva subnotificação, no ano de 2020, as comunidades indígenas da cidade de Manaus foram gravemente acometidas pelo Covid-19, o que demandou, após provocação das comunidades e do MPF, a articulação de ações de atenção em saúde com recursos da União e do Município de Manaus, junto à sociedade civil, para garantir mínimo atendimento a essas comunidades;

25. CONSIDERANDO as conclusões do estudo *SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys*, realizado pela Universidade de Pelotas, segundo as quais a incidência do coronavírus em indígenas urbanos é cinco vezes maior que entre os não-indígenas^[4];

26. CONSIDERANDO que o referido estudo avaliou 89.397 moradores de cidades brasileiras e não entrevistou indígenas que vivem em aldeias, mas apenas indígenas que vivem em núcleos urbanos^[5];

27. CONSIDERANDO que, segundo o estudo, a maior prevalência entre os indígenas pode ser explicada por um conjunto de fatores que afetam tais grupos não só no atual contexto de pandemia, como a alta densidade de pessoas vivendo em um mesmo ambiente - típico do modo de viver coletivo, por vezes reproduzido nas cidades -, pobreza e dificuldades de acesso à saúde;

28. CONSIDERANDO que estudo similar, realizado pelo *Colors of Coronavirus Project* nos Estados Unidos, país cuja população indígena vive predominantemente em áreas urbanas, aponta que os indígenas foram desproporcionalmente afetada pelo coronavírus^[6];

29. CONSIDERANDO, nesse sentido, as constatações do "Boletim

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 6 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?plD=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Observatório Covid-19 da FioCruz: após 6 meses de pandemia no Brasil", segundo o qual as taxas de mortalidade por Covid-19 são progressivamente mais elevadas nas faixas etárias a partir dos 50 anos nos indígenas em comparação à população geral, assim como a letalidade em internações hospitalares de indígenas é maior em comparação às demais categorias de cor/raça em praticamente todas as faixas etárias^[7];

30. CONSIDERANDO que em estudo recente^[8] *"afim de verificar de forma mais clara os impactos da COVID-19 na letalidade em indígenas no país [rural e urbana], comparou-se a razão entre óbitos por COVID-19 e os casos de hospitalização por SRAG acumulados entre as SE 8 e 35 de 2020, ou seja, a letalidade das formas graves de COVID-19, a partir do SIVEP-Gripe. A letalidade acumulada por SRAG decorrente de COVID-19 no Brasil até a SE 35 (30/08/2020) atingiu 41,8% em indígenas, excedendo em 19% a letalidade em não indígenas (35,1%). Foram verificados diferenciais de letalidade entre as regiões do país (Figura 3)"*. Esses dados corroboram o recente estudo publicado por Ranzani et al (2021) sobre mortalidade hospitalar no país, que verificou maior mortalidade em quase todas as faixas etárias para a população indígena (rural e urbana);

31. CONSIDERANDO que em estudo^[9] sobre mortalidade segundo cor ou raça no Brasil, a partir dos dados do Censo 2010, foi também observado que não somente em áreas rurais, como também em contextos urbanos, os indígenas apresentam níveis de mortalidade mais expressivos que as demais categorias de cor ou raça;

32. CONSIDERANDO, ainda, que os referidos dados não refletem a realidade do cenário, podendo ser ainda pior, tendo em vista a subnotificação de casos e a inexistência de campos obrigatórios de identificação de raça e etnia em sistemas de notificação do Covid-19;

33. CONSIDERANDO que em dezembro de 2020, o Ministério da Saúde apresentou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, a ser

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 7 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4B964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?pld=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

implementado pelo Programa Nacional de Imunizações da Secretaria de Vigilância Sanitária;

34. CONSIDERANDO que o referido plano prevê a realização de vacinação em fases, as quais devem atender a grupos prioritários definidos a partir do risco para agravamento e óbito pela Covid-19, bem como pela alta vulnerabilidade social;

35. CONSIDERANDO estarem incluídos nos grupos prioritários apenas os indígenas de terras indígenas demarcadas, com 18 anos ou mais, o que significa, segundo o Plano Municipal de Vacinação de Manaus, que apenas 612 dos cerca de 20 mil indígenas da cidade Manaus serão vacinados com prioridade, realidade replicada no interior do estado do Amazonas;

36. CONSIDERANDO que tal recorte exclui do público prioritário grupos em situação similar de vulnerabilidade epidemiológica e social, como os povos indígenas de terras não demarcadas, em processo de demarcação, além das comunidades indígenas que vivem nos núcleos urbanos e os grupos indígenas migrantes de outros países;

37. CONSIDERANDO que a cidade de Manaus concentra também população de indígenas migrantes venezuelanos do povo Warao que se encontram em serviços de acolhimento superlotados do Município de Manaus, circunstância que, somada ao alto grau de vulnerabilidade social e de deficiências nutricionais e de acesso a saúde, incrementa potencialmente as condições de transmissão e de agravos causado pela infecção do novo coronavírus;

38. CONSIDERANDO a existência de uma série de particularidades socioculturais, epidemiológicas e conjunturais da população Warao que intensificam o risco de contaminação e os impactos da Covid-19, principalmente em razão da intensa circulação nos centros urbanos como garantia de sobrevivência e da fragilidade epidemiológica dos

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 8 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?pID=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

indígenas da etnia, fatores estes já confirmados por autoridades em saúde do Poder Público, bem como por estudos periciais conduzidos pelo MPF;

39. CONSIDERANDO que chegaram ao MPF requerimentos do Coletivo de Indígenas do Amazonas, da COPIME, da COIAB e da COIPAM, no sentido de que os indígenas que vivem nas cidades também sejam incluídos no público prioritário do programa de vacinação contra Covid-19, dadas as razões aqui apresentadas;

40. CONSIDERANDO que, em nota, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e a Associação Brasileira da Antropologia alerta (g.n.):

Neste contexto, alertamos também para outros problemas já identificados nessa fase inicial da campanha de vacinação contra a Covid-19:

- A restrição da vacinação aos indígenas que residem nas terras indígenas homologadas já está estimulando o deslocamento de pessoas que estão nos centros urbanos para seus territórios, podendo agravar a disseminação do vírus;
- A recente medida da FUNAI9, de 21 de janeiro de 2020, que estabelece critérios complementares à autodeclaração para caracterizar um indivíduo como indígena, tem forte potencial de gerar barreiras de acesso à vacina;
- A exigência do cartão de vacinação ou do cartão SUS ou a comprovação de identidade indígena para receber a dose podem favorecer a baixa cobertura da campanha de vacinação;
- Ampla disseminação de informações falsas – fake news – entre os indígenas, gerando muitas dúvidas e inseguranças acerca da campanha;
- O calendário da vacinação para os indígenas não está sendo amplamente divulgado, e com isso, muitas pessoas não estão sendo vacinadas;
- Falta de transparência quanto à operacionalização da campanha, particularmente quanto ao número de doses pactuadas para cada

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 9 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

estado e município, e sua destinação aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, inviabilizando o monitoramento da sua implementação.

Diante desse cenário, recomendamos que sejam incluídos todas as e todos os indígenas na priorização da campanha de vacinação contra a Covid-19, independentemente de seu local de residência, garantindo que haja a oportunidade contínua de acesso à vacina.

41. CONSIDERANDO que, em nota, o Grupo de Trabalho Vacinação para Todos os Indígenas do Amazonas aponta (g.n.):

A decisão administrativa de vacinar apenas indígenas residentes com residência permanente em aldeias, como estabelecido no Programa Nacional de Imunização (PNI), além de inconstitucional é imoral e desumano, uma vez que aparta, ofende e discrimina famílias, irmãos, pais e filhos e condena os indígenas que residem transitoriamente nas cidades ou em terras tradicionais ainda não regularizadas pelo Estado, à doença e morte pela pandemia. É importante destacar que a Constituição Federal e nenhuma norma infraconstitucional faz distinção ou diferenciação entre indígenas residentes em terras indígenas demarcadas, residentes em terras indígenas ainda não reconhecidas ou residentes em áreas urbanas ou outros lugares do país

42. CONSIDERANDO que a nota do mesmo Grupo de Trabalho Vacinação para Todos os Indígenas do Amazonas traz propostas práticas aptas a solucionar de modo pontual **a omissão histórica do Poder Público sobre a identificação dos indígenas na cidade ou em áreas não regularizadas** para fins da vacinação prioritária, propostas estas que podem orientar a atuação dos órgãos públicos no tema:

12. Destacamos que nossa solicitação é para vacinação de todos os indígenas, das terras indígenas reconhecidas pelo governo, das terras indígenas ainda não reconhecidas e dos residentes em centros urbanos e arredores, a ser atendidos pelos municípios e não pelos DSEI's ou pelo

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 10 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4B964F5

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Subsistema de Saúde Indígena.

13. Considerando a complexidade histórica da composição interétnica da cidade de Manaus, entendemos ser necessário qualificar a determinação da Convenção 169/OIT de autodeclaração para a identificação de indígenas residentes na cidade, com outros dispositivos legais e legítimos para garantir segurança nessa identificação, tais como:

1. Registro Administrativo de Nascimento do Índio - RANI, expedido pela FUNAI.
2. Documentos expedidos por reconhecidas organizações indígenas.
3. Documentos expedidos por instituições públicas, como universidades e FUNAI.
4. Documentos oficiais que identificam o local de nascimento em uma aldeia ou terra indígena ou mesmo que identificam o povo ou a etnia, tais como RG, Certidão de Nascimento e outros.

Tais documentos qualificadores, não devem ser excludentes ou eliminatórios, mas complementares, agregadores, ou seja, junto com a autodeclaração, pelo menos mais um dos documentos acima especificados.

14. Por fim, recomendamos que os municípios criem comissões específicas para identificação e elaboração das listas de indígenas residentes em centros urbanos para a vacinação prioritária, com qualificada participação de indígenas.

43. CONSIDERANDO a existência de diversos outros mecanismos de identificação que, agregados às propostas acima, podem auxiliar na definição mínima inicial do número de doses a serem disponibilizadas para a vacinação prioritária dos indígenas ainda não contemplados, como: a) cadastro pela Coordenação Regional da Funai Manaus de indígenas em situação de vulnerabilidade (urbana e rural) que recebem cestas básicas; b) cadastro das secretarias municipais de saúde com identificação de indígenas atendidos nas cidades; c) CadÚnico; d) IBGE; e) dados de associações e representações indígenas reconhecidas; entre outros;

44. CONSIDERANDO que a COPIME (Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno) em parceria com a Cáritas Arquidiocesana de Manaus (vinculada à Igreja

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 11 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Católica), realizou ampla campanha de arrecadação denominada "Puxirum" para a distribuição de cestas básicas para as famílias indígenas na cidade de Manaus desde o início da pandemia em 2020, e informaram ao MPF por meio do Ofício nº 007/2021/COPIME a **relação de famílias indígenas atendidas pelas cestas básicas mas não contempladas de forma prioritária no plano nacional de imunização contra o novo coronavírus, totalizando um número de 3.324 famílias indígenas que receberam as cestas básicas no município de Manaus, mas não estão cadastradas na prioridade de vacinação;**

45. CONSIDERANDO que este número de famílias indígenas identificadas pela Cáritas e COPIME, famílias estas não contempladas na prioridade de vacinação em Manaus, estimando-se o número de 03 adultos em média por família (entre pais, mães, idosos, filhos maiores e agregados), **totaliza um número aproximado inicial de dez mil doses mínimas necessárias para o município de Manaus efetuar a vacinação prioritária de todos os indígenas (número que pode ser aumentado a depender das articulações e tratativas realizadas conforme itens anteriores);** cabível ressaltar que estimativas semelhantes podem ser realizadas em todos os municípios amazonenses;

46. CONSIDERANDO que o Poder Público não pode agir de forma contraditória e alegar sua própria omissão em realizar o cadastro nos sistemas de saúde e vigilância epidemiológica dos indígenas que moram em contexto urbano e áreas não regularizadas como forma de negar a prioridade de vacinação a tais indígenas;

47. CONSIDERANDO que os argumentos acima expostos, a articulação com a sociedade civil, bem como a presente Recomendação visam buscar atuação coordenada e dialogada com o Poder Público de modo a garantir o direito de todos os povos indígenas, **evitando-se a judicialização do tema com potencial responsabilização de órgãos e gestores, focando em resolutividade nos termos da Recomendação nº 54/2017 do CNMP e priorizando soluções consensuais justas;**

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 12 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?plD=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

48. CONSIDERANDO que os dados do Relatório Epidemiológico sobre a Infecção por SARS-COV-2 (novo coronavírus) em indígenas residentes na Comunidade Parque das Tribos (INPA), cuja população é estimada em 2.500 indígenas de 30 etnias, na zona urbana em Manaus, revelam que *“a elevada positividade (65%) para infecção pelo novo coronavírus observada neste estudo indica intensa circulação e disseminação viral na comunidade Parque das Tribos”*; cabendo ressaltar que esta é apenas uma das dezenas de comunidades indígenas no perímetro urbano da capital amazonense;

49. CONSIDERANDO que a exclusão dos indígenas que vivem nas cidades e áreas não regularizadas constitui medida de caráter discriminatório que viola os princípios da isonomia, da proporcionalidade e da razoabilidade, bem como o postulado da vedação à proteção insuficiente;

50. CONSIDERANDO, ainda, o caráter contraditório da medida, porquanto exclui da vacinação prioritária indígenas que habitam territórios ainda não regularizados por omissão da União em seu dever constitucional de demarcar as terras indígenas, nos moldes do art. 231, da Constituição Federal;

51. CONSIDERANDO que a **necessidade de vacinação prioritária dos indígenas que vivem no contexto urbano é corroborada pela crise sanitária que ainda vive a cidade de Manaus e o estado do Amazonas**, após o aumento vertiginoso do número de casos de Covid-19 no mês de janeiro de 2021, agravado pela maior facilidade de contágio, pela falta de leitos hospitalares para atendimento e de insumos básicos como oxigênio hospitalar;

52. CONSIDERANDO que o tema da vacinação prioritária de todos os indígenas em face dos argumentos acima expostos, bastante robustos, **não se confunde com o tema complexo do atendimento dos indígenas nas cidades pela SESAI/DSEIs ou pela atenção básica dos municípios**, merecendo este último tema maior análise, reflexão e

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 13 de 16

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

consulta do movimento indígena, lideranças e controles sociais nos moldes da Convenção nº 169 da OIT;

Resolve RECOMENDAR:

I – Ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Vigilância em Saúde em Saúde (Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações) que, no **prazo de 5 (cinco) dias**, adotem as medidas administrativas necessárias para inclusão, no grupo prioritário de vacinação contra Covid-19, **de todos os indígenas do Estado do Amazonas**, seja os que vivem em contexto urbano ou em áreas não regularizadas, bem como forneçam doses de vacinas contra Covid-19 em quantidade adequada para atendimento do referido público;

II – Ao Estado do Amazonas, à Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - FVS/AM e aos Municípios no Amazonas que, após a inclusão de todos os indígenas do Amazonas no público prioritário (seja os que vivem em contexto urbano ou em áreas não regularizadas), procedam à distribuição e aplicação das doses de vacinas contra Covid-19 ao mencionado grupo obedecendo à prioridade estabelecida;

III - à SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) e respectivos DSEIs (Distrito Sanitário Especial Indígena) atuantes no estado do Amazonas, considerando a especializada atuação no tema, que acompanhem e auxiliem os órgãos acima referidos nos itens I e II (por exemplo, por meio de capacitação de servidores, esclarecimento de dúvidas, apoio antropológico e outras medidas no âmbito de suas atribuições) para adequada execução da vacinação em todos os indígenas do estado do Amazonas de forma prioritária;

IV - Que em todos os casos acima sejam consideradas as propostas trazidas pelo Grupo de Trabalho Vacinação para Todos os Indígenas do Amazonas quanto às formas

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 14 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?plD=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

de identificação dos indígenas em contexto urbano e áreas não regularizadas para fins da prioridade na vacinação contra Covid-19, bem como os itens constantes nos CONSIDERANDOS 42 a 47.

EFICÁCIA DA RECOMENDAÇÃO: o não atendimento da presente recomendação dá ciência e constitui em mora o(s) destinatário(s) quanto às providências apontadas. O não atendimento das providências apontadas ensejará a responsabilização dos destinatários e dirigentes recomendados por sua conduta comissiva ou omissiva, sujeitando-os às consequentes medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis.

Fixa-se o prazo de 5 (cinco) dias para que os destinatários informem ao Ministério Público Federal o acatamento da presente recomendação, encaminhando esclarecimentos detalhados acerca das providências adotadas para seu cumprimento por meio do [Protocolo Eletrônico](#).

O MPF/AM e demais atores e entidades citados na presente recomendação se colocam à disposição para apoio e articulação entre Poder Público e sociedade civil de modo a obter os resultados esperados neste documento.

Publique-se na forma regimental.

Encaminhe-se cópia à 6ª CCR, às PRM Tefê e PRM Tabatinga para ciência e eventual atuação conjunta, em caso de interesse.

Encaminhe-se cópia à PFE FUNAI Manaus e a todas as Coordenações Regionais da FUNAI com atuação no estado do Amazonas para apoio na implementação das medidas de vacinação prioritária (em especial no auxílio à identificação inicial para fins de disponibilização de número mínimo de doses conforme CONSIDERANDO 43).

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 15 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?plD=316388>.

PR-AM-00006088/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Divulgue-se via ASCOM.

Manaus, 13 de fevereiro de 2021.

Fernando Merloto Soave
Procurador da República

Notas

1. [^] https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/fiocruz_nota_tecnica_amazonas_4.pdf
2. [^] Fiocruz; ILMD; FVS-AM. Caracterização genética do SARS-CoV-2 circulante no Estado do Amazonas, 2021. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/45922/2/NOTA-TE%cc%81CNICA-CONJUNTA-N%c2%ba-09.2021.FVS-AM-X-ILMD.FICRUZ-AM-28.01.2021.pdf>
3. [^] SESAI, Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas.
4. [^] "Prevalence among Indigenous people was 6.4% (4.1–9.4) compared with 1.4% (1.2–1.7) among White people". HALLAL, Pedro C.; VICTORA, Cesar G; et. al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. Lancet Glob Health 2020;8: e1390–98 Published Online September 23, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9).
5. [^] <https://g1.globo.com/google/amp/bemestar/coronavirus/noticia/2020/07/02/proporcao-de-covid-19-entre-indios-que-vivem-na-cidade-e-5-vezes-a-da-populacao-branca-aponta-pesquisa.ghml>
6. [^] De acordo com os dados do observatório, para cada 100.000 americanos, cerca de 211 indígenas morreram pelo coronavírus, enquanto a proporção foi de 121 para brancos, 155 para negros, 150 para moradores das ilhas do Pacífico, 120 para latinos e 76 para asiáticos. Disponível em <https://www.apmresearchlab.org/>
7. [^] https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf
8. [^] Pontes, ALP;Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenasno Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva,E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)
9. [^] <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/2020/04/28/mortalidade-superlativa-povos-indigenas-e-as-tragicas-manifestacoes-das-desigualdades-em-saude/>
<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010001>

Avenida André Araújo, nº 358, Adrianópolis, CEP 69057-025 Manaus/AM Tel: (92) 2129-4695

E-mail: pram-oficio5@mpf.mp.br - Protocolo eletrônico: www.mpf.mp.br/mpfservicos

Página 16 de 16

Assinado com login e senha por FERNANDO MERLOTO SOAVE, em 13/02/2021 12:54. Para verificar a autenticidade acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave 95E3D37A.8DB59F7F.B7C61672.4Bf964F5

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?pID=316388>.



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO**

AO JUÍZO DA __ VARA DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO AMAZONAS

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, com fundamento nos artigos 127 e 129, III, da Constituição da República, bem como nos artigos 2º e 6º, VII, a e c, ambos da Lei Complementar nº 75/93, e nos artigos 1º, 2º, 5º e 21, todos da Lei nº 7.347/85, c/c art. 81 da Lei nº 8.078/90, propor a presente

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA
COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA**

em face da **UNIÃO**, pessoa jurídica de direito público interno, representada pela Procuradoria da União no Amazonas (AGU), com endereço na Avenida Tefé, nº 611, Edifício Luís Higino de Souza Neto, Praça 14 de Janeiro, Manaus;

e em face do **ESTADO DO AMAZONAS**, pessoa jurídica de direito público interno, representada pela Procuradoria-Geral do Estado do Amazonas, com endereço na Rua Emílio Moreira, nº 1308, Praça 14 de janeiro, CEP: 69.020-040, em Manaus/AM; em razão das questões de fato e de direito a seguir expostas.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

1. OBJETO DA DEMANDA

A presente ação civil pública busca a inclusão de todos os indígenas do estado do Amazonas, sejam eles residentes em núcleos urbanos ou fora das aldeias cadastradas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena no Estado do Amazonas no rol prioritário de vacinação contra a COVID-19, de acordo com a decisão cautelar prolatada pelo STF na ADPF 709.

Espera-se, assim, garantir o direito à vida e à saúde das populações indígenas do Amazonas, independentemente do local que escolham para se estabelecer.

2. DA COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL E DA LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.

Dispõe a Constituição Federal quanto à competência cível da Justiça Federal:

Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar:

I – as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidente de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho;

[...]

XI - a disputa sobre direitos indígenas.

No caso vertente, a competência para a causa é da Justiça Federal, tanto pela natureza do sujeito passivo (União), quanto pelo objeto da demanda, qual seja, a demanda pelo cumprimento de direitos coletivos de populações indígenas.

Também da Constituição Federal extrai-se o comando de que ao Ministério Público cabe a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis. É o que diz o art. 127 da Constituição da República:

Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAPÁ
5º OFÍCIO

Em consonância com suas finalidades, estabeleceu o constituinte originário dentre as suas funções institucionais a promoção do inquérito civil e da ação civil pública para a proteção do meio ambiente. Nesse sentido dispõe o art. 129, V, da Constituição Federal:

Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público:

V - defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas;

A Lei Complementar nº 75/93 (Lei Orgânica do Ministério Público), buscando concretizar o comando constitucional, previu a atuação do MPF na defesa dos interesses dos índios e das populações indígenas, nestes termos:

Art. 37. O Ministério Público Federal exercerá as suas funções: (...)

II - nas causas de competência de quaisquer juízes e tribunais, para defesa de direitos e interesses dos índios e das populações indígenas, do meio ambiente, de bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, integrantes do patrimônio nacional;

O artigo 6º, da LC nº 75/93, apresenta a ação civil pública como instrumento de atuação do Ministério Público da União, para proteção dos direitos relativos às comunidades indígenas e do meio ambiente, *in verbis*:

Art. 6º Compete ao Ministério Público da União:

(...)

VII - promover o inquérito civil e a ação civil pública para:

c) a proteção dos interesses individuais indisponíveis, difusos e coletivos, **relativos às comunidades indígenas**, à família, à criança, ao adolescente, ao idoso, às minorias étnicas e ao consumidor;

No caso dos autos, pretende-se que a União inclua no rol prioritário (fase 01) de vacinação todos os indígenas do estado do Amapá, sejam os residentes em locais não cadastrados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena ou sejam aqueles localizados em núcleos urbanos no Estado do Amapá. Bem como visa assegurar que União e Estado do Amapá garantam a destinação adequada de doses da vacina contra a COVID-19 e a articulação necessária junto aos municípios e à sociedade civil para a imunização prioritária de todos os indígenas localizados no Estado do Amapá ainda não vacinados, de modo a efetivar a



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAPÁ
5º OFÍCIO

inclusão dessa população na fase 01 da vacinação prioritária e garantir concretamente a imunização imediata desta população com maior vulnerabilidade, conforme se verá. Assim, nota-se que o objeto da presente demanda guarda relação com a proteção dos interesses da comunidade indígena brasileira.

Desse modo, resta demonstrada a legitimidade do Ministério Público Federal para a propositura da presente ação civil pública, bem como a competência da Seção Judiciária do Estado do Amapá para processar e julgar o feito.

3. DOS FATOS

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2) que pode levar à síndrome respiratória aguda grave, identificada pela primeira vez em dezembro de 2019, e que se espalhou globalmente causando uma pandemia. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 12/02/2021, mais de 107 milhões de casos foram relatados no mundo e mais de 2,3 milhões de mortes¹. No Brasil, foram descritos 12 milhões de casos com aproximadamente 300 mil óbitos, ocorridos em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal².

Em Boletim Semanal do sistema InfoGripe, que monitora os dados de notificações de síndrome respiratória grave (SRAG) no Brasil, tendo como fonte de dados o sistema Sivep-gripe da Secretaria de Vigilância em saúde do Ministério da Saúde, apresentou a estimativa da incidência da COVID-19 no país até 10/03/2021 (Semana Epidemiológica (SE) 10 2021)³:

1 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Folha informativa COVID-19 – Escritório da OPAS e OMS no Brasil. <https://www.paho.org/pt/covid19>

2 BRASIL. Ministério da Saúde. COVID-19 no Brasil. https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. (atualização em tempo real, 23/03/2021)

3 FIOCRUZ. InfoGripe. Boletim Semanal. Semana 10 de 2021. https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Boletins%20do%20InfoGripe/Boletim_InfoGripe_atual.pdf



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Situação nacional

A nível nacional, o cenário atual sugere que a situação de cada indicador se encontra nos seguintes níveis:

Casos notificados de SRAG independente de febre:

Dado semanal na **zona de risco**.

Atividade semanal **muito alta**.

Total de **109357 casos** já reportados no ano, sendo **68422** com resultado laboratorial **positivo** para algum vírus respiratório, **12666 negativos**, e ao menos **17092 aguardando resultado**.

Dentre os casos positivos do ano corrente, 0.0% **Influenza A**, 0.0% **Influenza B**, 0.9% **vírus sincicial respiratório**, e 95.5% **SARS-CoV-2 (COVID-19)**.

Referente a 2020, já foram reportados um total de **464795 casos**, sendo **285980** com resultado laboratorial **positivo** para algum vírus respiratório, **122375 negativos**, e ao menos **28468 aguardando resultado**. Dentre os casos positivos, 0.4% **Influenza A**, 0.2% **Influenza B**, 0.4% **vírus sincicial respiratório**, e 97.8% **SARS-CoV-2 (COVID-19)**.

Óbitos de SRAG independente de febre:

Dado semanal na **zona de risco**.

Atividade semanal **muito alta**.

Referente os casos do ano corrente, um total de **21451 óbitos** já foram reportados, sendo **17552** com resultado laboratorial **positivo** para algum vírus respiratório, **1635 negativos**, e ao menos **759 aguardando resultado**.

Dentre os positivos, 0.0% **Influenza A**, 0.0% **Influenza B**, 0.1% **vírus sincicial respiratório**, e 98.8% **SARS-CoV-2 (COVID-19)**.

Referente os casos do ano de 2020, um total de **116166 óbitos** já foram reportados, sendo **86908** com resultado laboratorial **positivo** para algum vírus respiratório, **20828 negativos**, e ao menos **2747 aguardando resultado**. Dentre os positivos, 0.2% **Influenza A**, 0.1% **Influenza B**, 0.1% **vírus sincicial respiratório**, e 99.3% **SARS-CoV-2 (COVID-19)**.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), apresentou a **6ª versão do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 em 27/04/2021⁴**, como medida adicional de resposta ao enfrentamento da doença, tida como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), mediante ações de vacinação nos três níveis de gestão.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, é responsável pela política nacional de imunizações e tem como missão reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira. O PNI visa o atendimento de toda a população brasileira.

4 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis - Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações - **PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**. 4ª edição. Brasília/DF. 15/02/2021. Disponível em https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/6a-Edic%C3%A7%C3%A3o-Plano-Vacinac%C3%A7%C3%A3o-contra-Covid_V5_27abr-21.pdf



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAPÁ
5º OFÍCIO

O planejamento da vacinação nacional é orientado pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Lei nº 6.360/1976 e normas sanitárias brasileiras, conforme RDC nº 55/2010, RDC 348/2020 e RDC nº 415/2020 que atribui a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a avaliação de registros e licenciamento das vacinas.

Entretanto, considerando que não há uniformidade na ocorrência de COVID-19 na população, sendo identificado, até o momento, que a manifestação de sintomas graves da doença e o óbito estão relacionados especialmente à características sociodemográficas e à preexistência de comorbidades, o Ministério da Saúde elencou **grupos prioritários** para imunização contra o patógeno.

Indicou para tanto os grupos com maior risco para agravamento e óbito, devido às condições clínicas e com elevada vulnerabilidade social, considerando os Determinantes Sociais de Saúde (DSS⁵). Reforçou que, no Brasil, os **povos indígenas aldeados** são mais vulneráveis à COVID-19, uma vez que doenças infecciosas em grupos tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte da população devido ao modo de vida coletivo e às dificuldades de implementação das medidas não farmacológicas, além de sua disposição geográfica, sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar cuidados de saúde, podendo levar mais de um dia para chegar a um serviço de atenção especializada à saúde, a depender de sua localização.

Atente-se ao destaque de que as versões anteriores do PNI, elencando os grupos prioritários, indicaram expressamente o parâmetro que justifica a prioridade na imunização:

- 1) Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas e Pessoas com Deficiência Institucionalizadas: Sistema Único da Assistência Social -SUAS, 2019 - estimada a partir do censo SUAS. O grupo prioritário Pessoas com 60 anos ou

5 De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

mais institucionalizadas foi estimado com uma margem de erro de 100% para incorporar os estabelecimentos privados não registrados no censo.

2) População Indígena que vive em Terras Indígenas homologadas e não homologadas, com mais de 18 anos, assistida pelo SASISUS (dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em novembro de 2020). Em razão da medida cautelar Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709, foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras não homologadas durante o período de pandemia.⁶

3) Trabalhadores de Saúde: estimativa da Campanha de Influenza de 2020 - dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos. Para as faixas acima de 60 anos, foi baseada no banco CNES.

4) Pessoas com 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 ou mais: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, de 2020.

5) Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinha: base de dados do SISAB, Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS, outubro de 2020, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

6) Povos e Comunidades Tradicionais Quilombola: dados do Censo do IBGE-2010, tendo como referência as áreas mapeadas em 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

7) Comorbidades: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

8) População Privada de Liberdade e Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade: base de dados do Departamento Penitenciário Nacional-Infopen, de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

9) Pessoas em situação de Rua e Pessoas com Deficiência Institucionalizadas - Base do CadSuas, de novembro de 2020.

10) Força de Segurança e Salvamento: dados disponibilizados pelas secretarias de defesa dos estados de AP, MA, MT, PE, PR, RN, RO, RR, SC, TO. Os demais estados o grupo Força de Segurança e Salvamento foi definido a partir da subtração dos dados do grupo Força de Segurança e Salvamento da Campanha de Influenza, de 2020, pelo grupo das Forças Armadas da atual campanha, com exceção dos estados de AM, RJ e MS. Nesses estados, foram estimados os dados de Força de Segurança e Salvamento da Campanha de Influenza dividido por 2 (média entre os dados do Grupo de Força de Segurança e Salvamento e Forças Armadas dos outros estados).

11) Força Armada: Ministério da Defesa, de dezembro de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

12) Pessoas com Deficiências Permanente Severa: dados do Censo do IBGE, de 2010, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

13) Trabalhadores do Ensino Básico e Trabalhadores do Ensino Superior:-

⁶ Fl. 79 4ª edição PNI - Anexo I. Descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), de 2019, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

14) Caminhoneiros: Base CAGEDe ANTT (RNTRC), de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

15) Trabalhadores Portuários: Base CAGED, ATP e ABTP, de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

16) Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de passageiros, Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário, Trabalhadores de Transporte Aéreo e Trabalhadores de Transporte Aquaviário: Base CAGED, de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

17) Trabalhadores Industriais: Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, e base de dados do CNAE e SESI, de 2020, incluiu indivíduos de 18 a 59 anos.

O PNI reforçou que todos os grupos elencados serão contemplados com a vacinação, entretanto, de forma escalonada, considerando que os órgãos de saúde não dispõem de doses de vacinas imediatas para todos os grupos em etapa única. Ressaltou que, ao longo da campanha, poderá alterar a sequência de prioridades descritas e/ou subdivisões de alguns estratos populacionais, bem como inserir novos grupos, à luz de novas evidências sobre a doença, situação epidemiológica e das vacinas COVID-19.

Ocorre que, mesmo na versão atualizada do plano nacional de operacionalização da vacina, os indígenas em contexto urbano deixaram de ser incluídos no rol de grupos prioritários.

Nesse sentido, no Estado do Amazonas, a questão da vacinação dos indígenas aldeados e em contexto urbano foi ilustrada pelas representações, apresentadas ao Ministério Público Federal, da Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno (COPIME), Associação das Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro (AMARN), Comitê Orientador do SUS na Floresta, Fórum de Educação Escolar e Saúde Indígena do Amazonas (FOREEIA), Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), dentre outras centenas de representantes, contando com integrantes oriundos de 65 povos indígenas do Amazonas.

As entidades requereram a vacinação contra a COVID-19 para todos os povos

Pág. 8 de 47



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

indígenas do estado, demonstrando a existência de fluxo entre indígenas das aldeias e da cidade, em razão das relações de parentesco e afinidade, inclusive para fins de acolhimento durante tratamento contra a COVID-19, e que a cidade de Manaus concentra mais de 20.000 indígenas em seu núcleo urbano, grande parte deles nascidos em terras indígenas.

Tais representações deram origem a procedimento administrativo⁷ instaurado para apurar medidas para prevenir a disseminação do Coronavírus (COVID-19) entre os povos indígenas e comunidades tradicionais no Estado do Amazonas, bem como garantir tratamento de saúde adequados.

Quanto à questão, **a Secretaria Especial de Saúde Indígena confirmou que o atendimento de tais comunidades em contexto urbano estaria fora da esfera de atuação do subsistema de saúde indígena, o que implica na necessidade de articulação e coordenação do atendimento junto às esferas estadual e municipal.** Já o Município de Manaus/AM informou que cabe ao município apenas a operacionalização do PNI, definido na esfera federal.

Em tal contexto, **foi expedida a Recomendação nº 1/2021/5º Ofício/PR/AM (anexa)**, direcionada ao Ministério da Saúde, à Secretaria de Vigilância Sanitária, ao Estado do Amazonas, à Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, aos Municípios do Amazonas, à SESAI e DSEIS, para que, dentro de suas esferas de atribuição, os órgãos adotem as medidas administrativas necessárias para inclusão, no grupo prioritário de vacinação contra COVID-19, **de todos os indígenas do Estado do Amazonas, seja os que vivem em contexto urbano ou em áreas não regularizadas, bem como o fornecimento doses de vacinas contra COVID-19 em quantidade adequada para atendimento do referido público, com o fornecimento de estrutura logística e de treinamentos cabíveis para a aplicação das doses.**

Não obstante, a Recomendação não foi atendida. Este órgão ministerial tentou ainda articular extrajudicialmente junto ao Ministério da Saúde e SESAI as medidas cabíveis para cumprimento das providências recomendadas, sem obter êxito. Buscou também o MPF diálogo e consenso com o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o

⁷ PA nº 1.13.000.000280/2021-85



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) que apenas apresentaram resposta superficial e não se debruçaram sobre os dados técnicos e estudos apresentados na Recomendação nº 1/2021/5º Ofício/PR/AM que naturalmente levam à conclusão pela priorização da vacinação de todos os povos indígenas, independente do local em que vivam. Com efeito, diante deste triste cenário de negação de dados e evidências técnicas por órgãos públicos que constitucionalmente deveriam garantir os direitos dos povos indígenas, não restou senão a via judicial ao MPF para buscar garantir o direito dos povos indígenas à vida, à saúde e à integridade física.

4. DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA. 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 indígenas. Atendendo às exigências do reconhecimento da identidade cultural dos povos indígenas, 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,

Pág. 10 de 47



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

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.

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.

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.

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 criado para coordenar e executar o processo de gestão desse subsistema em todo o território nacional.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

A SESAI, então, possui como missão 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 Brasil há 34 DSEIs, e sua estrutura de atendimento conta com unidades básicas de saúde indígenas, polos base e as Casas de Apoio a Saúde Indígena (CASAI)⁸.

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 os DSEIs são centros de competência despersonalizados, integrantes da estrutura da União, deve a esta ser imputada a responsabilidade pela atuação de seus órgãos.

Ademais, o PNI dispõe⁹:

Constituem competências da gestão federal:

A coordenação do PNI (incluindo a definição das vacinas dos calendários e das campanhas nacionais de vacinação), as estratégias e as normatizações técnicas sobre sua utilização;

Apoiar os Estados, Distrito Federal e os Municípios na aquisição de seringas e agulhas para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, em conformidade com a Portaria de Consolidação nº 04 de 28 de setembro de 2017, que atribui à Secretaria de Vigilância em Saúde a “gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o monitoramento dos estoques e a solicitação da distribuição aos

8 Marta Azevedo (Unicamp); Fernando Damasco (ENCE); Marta Antunes (IBGE); Marcos Henrique Martins (IBGE); Matheus Pinto Rebouças (IBGE). Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19. **Caderno Demografia Indígena**. Disponível em <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/Caderno-Demografia-Indigena-e-COVID19.pdf>

9 Fl. 95 4ª edição PNI - Anexo III. Competências das três esferas de gestão



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

estados e Distrito Federal de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XVIII)” e o provimento de insumos estratégicos que incluem **“seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas** ou quando solicitadas por um Estado; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, b)”

O provimento dos imunobiológicos definidos pelo PNI, considerados insumos estratégicos;

A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados nacionais e a retroalimentação das informações à esfera estadual.

Importante ressaltar que a **Lei 14.021/2020**, que dispôs sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas, **previu que os povos indígenas serão considerados como grupos em situação de extrema vulnerabilidade, de alto risco e destinatários de ações relacionadas ao enfrentamento de emergências epidêmicas e pandêmicas (art. 2º). Detalhou, ainda, as populações abrangidas por suas disposições, entre elas os indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais:**

Art. 1º. § 1º Estão abrangidos pelas disposições desta Lei:

I - indígenas isolados e de recente contato;

II - indígenas aldeados;

III - indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais;

IV - povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória;

[...]

Consta, ainda, no art. 8º da lei acima mencionada:

Art. 8º O atendimento de saúde aos indígenas residentes fora das terras indígenas e àqueles povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória será feito diretamente pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com as devidas adaptações na estrutura, respeitadas as especificidades culturais e sociais dos povos e observado o disposto nos §§ 1º-A, 1º-B, 2º e 3º do art. 19-G da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, com exceção daqueles de aldeias ou comunidades indígenas localizadas nas áreas urbanas, para os quais o atendimento será articulado pela União com o apoio da rede do SUS.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Assim, não se deve imputar ao indígena o ônus de comprovar a existência de barreiras de acesso ao SUS, pois é responsabilidade dos órgãos públicos criar as estratégias para identificar essas barreiras e garantir a assistência à saúde e a inclusão no grupo prioritário de vacinação.

5. OS POVOS INDÍGENAS E A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL.

Recente estudo¹⁰ publicado no *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, que detém o maior índice de fator de impacto entre as renomadas publicações com foco nas disparidades raciais e étnicas do mundo, pontuou de forma assertiva o contexto dos indígenas no Brasil ante a pandemia do COVID-19.

Segundo dados oficiais atuais (que necessitam ser atualizados), o Brasil possui 896.917¹¹ indígenas distribuídos em 505 terras indígenas e em áreas urbanas. Existem 274 línguas indígenas diferentes em 305 grupos étnicos indígenas.

No Brasil, após o primeiro caso indígena confirmado pela COVID-19, 420 casos suspeitos, 1727 casos confirmados, 715 casos com cura clínica e 70 casos de óbito foram contabilizados até a primeira semana de junho de 2020. O número de casos está subestimado, segundo banco de dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), uma vez que os óbitos são por insuficiência respiratória, possivelmente causada pelo COVID-19, mas não confirmada. O primeiro óbito causado pelo COVID-19 foi de um adolescente indígena Yanomami de Roraima, de 15 anos, sem história prévia de doenças e/ou comorbidades conhecidas.

Comunidades indígenas já viram suas comunidades devastadas por doenças exógenas no passado. Durante a pandemia de influenza H1N1 de 2009, sua taxa de mortalidade foi 4,5 vezes maior do que o resto da população geral do Brasil¹². Atualmente, as doenças

10 Palamim, C.V.C., Ortega, M.M. & Marson, F.A.L. COVID-19 in the Indigenous Population of Brazil. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* 7, 1053–1058 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00885-6>

11 <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-020-00885-6/tables/1>

12 La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, Vaillant L, Gueguen J, Gastellu-Etchegorry M, et al. A pandemia de gripe



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

respiratórias são responsáveis por cerca de um terço das mortes indígenas no Brasil, o que pode ser um fator complicador durante a pandemia de COVID-19.

As características indígenas são importantes para se considerar e, entre elas, o papel fundamental dos indivíduos mais velhos. Os idosos representam o conhecimento e a cultura da população indígena. No entanto, alguns hábitos culturais tradicionais foram misturados aos hábitos da sociedade moderna. COVID-19 está associado a um maior risco de morte em pacientes idosos e comorbidades. Entre os casos reportados, muitos indígenas apresentaram comorbidades associadas à maior gravidade da COVID-19. O impacto da pandemia de COVID-19 no chefe tribal (Cacique) ou no ancião da aldeia pode levar à extinção de suas culturas, porque as tradições são transmitidas oralmente pelos anciãos¹³.

O impacto do COVID-19 para a população indígena pode ser, e em algumas delas já vem sendo, uma tragédia sem precedentes.

5.1. Igualdade de direitos entre indígenas aldeados e não aldeados. Auto-identificação como critério fundamental para reconhecimento da identidade étnica.

A nova ordem jurídica, implementada pela Constituição Federal de 1988, acolhe o respeito às diferentes culturas, conforme preceituado nos arts. 215 e 231 da Carta Magna. Assim, não busca a ordem constitucional assimilar o índio à comunhão nacional, mas respeitar seus costumes, crenças e tradições, valorizando sua diversidade como enriquecimento cultural e conferindo a eles o direito à diferença. Toda a normativa referente aos indígenas deve ser, portanto, lida à luz do novo e atual paradigma constitucional, qual seja, da autodeterminação desses povos e do pluralismo étnico.

Necessário afastar, de uma vez por todas, a ideia de índio estereotipado - tal como nos apresentaram durante toda nossa vida escolar -, como um museu vivo. Ou seja, não é

H1N1 de 2009 e as populações indígenas das Américas e do Pacífico. **Euro Surveill.** 2009; 14

13 Ferrante L, Steinmetz WA, Almeida ACL, Leão J, Vassão RC, Tupinambás U, et al. As políticas do Brasil condenam a Amazônia a uma segunda onda de COVID-19. **Nat Med.** 2020; 26 (9): 1315. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1026-x>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

necessária a manutenção de um isolamento forçado dessas comunidades de modo a impedir seu acesso a bens e utilidades da vida moderna para que só assim sejam reconhecidos como índios. Soa até como um clichê, mas o indígena não deixa de ser índio por usar calça jeans, telefone celular, estudar em Universidade ou morar em área urbana. Também não é imprescindível, para ser indígena, que suas terras sejam demarcadas.

O que define o indígena é seu autorreconhecimento como tal e sua ligação aos costumes, crenças e tradições. É o pertencimento a um grupo culturalmente diferenciado e não a utilização indispensável de tangas, arco e flecha.

A noção de que o índio “urbanizado” fosse menos índio que os demais é uma clara visão edílica do bom selvagem, visão abandonada pela Constituição Federal de 1988 e pela Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho. Ambas normativas garantiram o direito supremo à auto-determinação desses povos, garantindo a eles o respeito à forma de sobrevivência e aos costumes que bem entenderem seguir, sem padronizações e estigmatizações exógenas.

Deve-se aceitar que assim como as sociedades não-indígenas apoderaram-se de práticas culturais fluidas e dinâmicas ao longo dos tempos, o mesmo ocorreu com os indígenas. Não se pode, portanto, exigir que o índio de hoje seja o mesmo de 500 anos atrás, sob pena de não o sendo não ser mais índio.

Disto resulta que o direito deve acompanhar as mudanças havidas nesta parcela da população. Se, por um lado, os indígenas têm direito a preservar sua diferença cultural, por outro, podem, sem abrir mão da sua condição de índio, ter acesso a todos os bens oferecidos à sociedade moderna. **Exemplo disso é a política de cotas nas universidades públicas. Seria no mínimo um contrassenso instituir cotas para indígenas, garantindo e ampliando o acesso ao direito fundamental à educação, se, para tanto, com sua vinda para a cidade - restando temporariamente não aldeado ou mesmo afastado do DSEI que atende sua comunidade – perdesse o seu direito de gozar do sistema de saúde diferenciada.**



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Nesse sentido, relata liderança indígena Rosa Maria Guarasugwe Frei Moraes:

Porém de acordo com o entendimento de cada chefe de Estado e Instituição da saúde indígena SESAI, DSEI E CASAI, somente terá direito de receber a vacina os povos aldeados que estão nas aldeias, deixando assim sem atendimento os indígenas que vivem nas cidades chamados pelos servidores dos órgãos de “desaldeados” mais uma vez negando um Direito conquistado e garantido. **De modo que os indígenas que vivem em contexto urbano não deixaram de ser indígena e pertencer a um povo, pois muitos grupos que aqui estão foram expulsos de suas terras tradicionais e que vivem em constante luta para garantir a vida e se manter como povo e sofrem todo tipo de humilhação e violação de Direito somos esquecidos constantemente.**

Logo, é pressuposto para previsão, planejamento e execução de qualquer política pública em relação aos povos indígenas que se adote os critérios normativos de identificação indígena, sem acréscimo de outros com indevido conteúdo discriminatório. Para tanto, basta a análise do predisposto no art. 1.2 da Convenção 169 da OIT, *in verbis*:

Convenção 169 da OIT

Art. 1º (...) 2. A consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos que se aplicam as disposições da presente Convenção.

Assim, a consciência da identidade indígena ou tribal, ou seja, a auto-afirmação do grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional, deve ser considerada como critério fundamental para a definição dos povos indígenas e nenhum Estado ou grupo social tem o direito de negar a identidade a um povo indígena ou tribal que como tal ele próprio se reconheça.

Importante esclarecer que a maioria dos indígenas vivendo fora de seus territórios tradicionais se encontram nesta situação, na maioria das vezes não por opção, mas em razão de terem sido expulsos de suas terras por invasores (grileiros, madeireiros, garimpeiros, e mesmo historicamente por cortes européias, estado brasileiro, etc.), por insegurança econômica, ausência ou precariedade de serviços básicos como saúde e educação ou até mesmo para estudar



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

e/ou trabalhar. Portanto, necessitam de amparo estatal diferenciado do não índio, direito esse que já teve reconhecimento na jurisprudência. Veja:

PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. LEGITIMIDADE ATIVA. INDÍGENAS. SAÚDE. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO. -

É cabível o ajuizamento de ação civil pública para a defesa de quaisquer direitos individuais homogêneos socialmente relevantes. - O Ministério Público é parte ativa legítima para a ação, pois seu objeto não é a defesa de apenas um indígena, mas a prestação da devida assistência odontológica a todo indígena, residente ou não na aldeia. -

Ao garantir aos indígenas tratamento médico especializado, a lei não faz qualquer distinção, nem prevê exclusão da assistência à saúde pela FUNASA, de forma que o direito de serem atendidos por aquele órgão independe de estarem aldeados ou não. - Onde o legislador não restringiu não cabe ao intérprete restringir e deve-se dar às normas garantidoras de direitos fundamentais a maior aplicabilidade possível. -

Cabe ao poder público a tutela das comunidades indígenas, assegurando-lhes o direito à vida saudável. -

Prequestionamento quanto à legislação invocada estabelecido pelas razões de decidir. - Apelação improvida. (TRF4, AC 200372020046165, Rel. José Paulo Baltazar Junior, DJ de 05/04/2006)

No mesmo sentido decidiu o STJ:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PROTEÇÃO DOS ÍNDIOS. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM. INTERPRETAÇÃO DE NORMAS DE PROTEÇÃO DE SUJEITOS HIPERVULNERÁVEIS E DE BENS INDISPONÍVEIS. LEI 8.080/90 E DECRETO FEDERAL 3.156/99. SÚMULA 126/STJ. ART. 461 DO CPC. MULTA CONTRA AFAZENDA PÚBLICA. POSSIBILIDADE. (...)

7. O status de índio não depende do local em que se vive, já que, a ser diferente, estariam os indígenas ao desamparo, tão logo puséssem os pés fora de sua aldeia ou Reserva. Mostra-se ilegal e ilegítimo, pois, o discrimen utilizado pelos entes públicos na operacionalização do serviço de saúde, ou seja, a distinção entre índios aldeados e outros que vivam foram da Reserva. Na proteção dos vulneráveis e, com maior ênfase, dos hipervulneráveis, na qual o legislador não os distingue, descabe ao juiz fazê-lo, exceto se for para ampliar a extensão, o grau e os remédios em favor dos sujeitos especialmente amparados.

8. O atendimento de saúde - integral, gratuito, incondicional, oportuno e de qualidade - aos índios caracteriza-se como dever de Estado da mais alta prioridade, seja porque imposto, de forma expressa e inequívoca, pela lei (dever legal), seja porque procura impedir a repetição de trágico e esquecido capítulo da nossa história (dever moral), em que as doenças (ao lado da escravidão e do extermínio físico, em luta de conquista por território) contribuíram decisivamente para o quase extermínio da população indígena brasileira.



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO**

9. É cabível a cominação da multa prevista no art. 461 do CPC contra a Fazenda Pública. Precedentes do STJ.

10. Recursos Especiais parcialmente conhecidos e não providos.

(STJ - REsp: 1064009 SC 2008/0122737-7, Relator: Ministro HERMAN BENJAMIN, Data de Julgamento: 04/08/2009, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 27/04/2011)

Frisa-se aqui que a Constituição Federal e nenhuma norma infraconstitucional faz distinção ou diferenciação entre indígenas residentes em terras indígenas demarcadas, residentes em terras indígenas ainda não reconhecidas ou residentes em áreas urbanas ou outros lugares do país.

5.2. Da exclusão do indígena em contexto urbano dos Planos Nacional e Estadual de Vacinação contra a COVID-19.

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a COVID-19, em sua 1ª versão de 16/12/2020, expressamente faz constar como grupo prioritário a "população indígena aldeado em terras demarcadas aldeada". A 4ª versão do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 em 15/02/2021, trouxe texto diverso, alterando a redação do grupo prioritário indígena para "Povos indígenas vivendo em terras indígenas", mantendo a inércia em relação aos povos indígenas em territórios ainda não regularizados e indígenas residentes em locais não-aldeados ou localizados em núcleos urbanos.

A mesma previsão se manteve na 6ª versão do PNI. Ao não incluir a população indígena não-aldeada ou que vive em contextos urbanos no Plano Nacional de Operacionalização da Vacina Covid-19, a UNIÃO viola a igualdade de direitos entre indígenas aldeados e os não aldeados.

A COVID-19 nos povos indígenas no Brasil se tornou uma calamidade, que envolve questões como disparidades nos quantitativos de casos e óbitos, segundo fontes oficiais, e os dados compilados por organizações indígenas; redução de gastos na saúde indígena pela União; embate político para aprovação de legislações, como aquele em torno da Lei nº 14.021,



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

de 2020, que criou o Plano Emergencial para Enfrentamento da COVID-19 em Territórios Indígenas¹⁴.

Um exemplo que encapsula muitas dessas dimensões é aquele da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709: Tutela do Direito à Vida e à Saúde dos Povos Indígenas Face à Pandemia da COVID-19, em julgamento no Supremo Tribunal Federal (STF)¹⁵. Essa ação foi impetrada pelo movimento social indígena por meio da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), com o apoio de um conjunto de partidos políticos. Em sua proposição, a referida ADPF 709 requereu que fossem tomadas uma série de providências, por parte do governo, voltadas ao equacionamento de graves lesões a preceitos fundamentais da Constituição, relacionadas às falhas e omissões no combate à epidemia do novo coronavírus entre os povos indígenas brasileiros.

Acolhida pelo STF em julho de 2020, as discussões e medidas decorrentes da ADPF 709 se relacionam a uma multiplicidade de questões, que incluem a retirada de invasores dos territórios indígenas; a instalação de uma Sala de Situação para criação e monitoramento de barreiras sanitárias de proteção aos povos isolados e de recente contato; a extensão da atenção do SASI-SUS para populações indígenas em terras e reservas não homologadas e populações urbanas que encontram barreiras no acesso à rede SUS; a revisão do Plano de Enfrentamento à COVID-19, da União, em diálogo com indígenas e especialistas, com ações sanitárias específicas (tais como medidas preventivas e de distanciamento social culturalmente respeitadas, ampliação da testagem, qualificação e proteção dos trabalhadores, garantia da atenção primária e hospitalar adequadas), bem como a oferta e sustentabilidade da produção de alimentos, com ênfase na soberania e segurança alimentar.

Quanto à assistência integral e diferenciada, pontua o Ministro relator que:

14 SANTOS, Ricardo Ventura ; PONTES, Ana Lucia ; JR., Carlos Coimbra . Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, e00268220, Set. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1194/um-fato-social-total-covid-19-e-povos-indigenas-no-brasil>. acessos em 17 Mar.: 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00268220>.

15 Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2020.



Materia DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://sp.legisconsulta.saopaulo.sp.gov.br/HomesAbrirDocumento?pd=3163880> SOAVE, em 02/06/2021 16:56. Para verificar a assinatura acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave f745b9cf.736baff8.2104c850.4366b9f47



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO**

enfrentando as dificuldades de atenção primária já identificadas e colocando maior pressão sobre esse sistema. **Por fim, a não inclusão dos indígenas urbanos sem acesso ao SUS na prioridade poderia gerar deslocamentos em massa para as aldeias, na busca da vacina, agravando o risco de contágio dos indígenas aldeados. Portanto, com base nos mesmos critérios já eleitos pelo Plano Nacional de Vacinação, a prioridade na vacinação lhes deve ser estendida.** (destaque nosso)

Conclui a decisão com o seguinte texto:

Homologo parcialmente o Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 para Povos Indígenas, quanto às Seções 1 e 2; (ii) nego homologação à Seção 3 e determino a apresentação de novo Plano de Isolamento de Invasores no prazo de 5 dias; (iii) assino prazo de 15 dias para a apresentação de Plano de Execução e Monitoramento do Plano Geral; (iv) **determino que se assegure prioridade na vacinação aos povos indígenas localizados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS;** (v) suspendo a Resolução n. 4/2020 da FUNAI, por inconstitucionalidade, inconveniência e violação à cautelar deferida por este Juízo; (vi) defiro o acesso de FIOCRUZ e ABRASCO às informações postuladas; (vii) indefiro a suspensão de extrusão de Terras Yanomamis e de tratamento de extensão do serviço especial de saúde indígena aos indígenas urbanos de Campo Grande. (destaque nosso)

No entanto, determina **apenas** que se assegure prioridade na vacinação aos povos indígenas localizados em terras não homologadas e urbanos **sem acesso ao SUS. Assim, a situação dos indígenas residentes em núcleos urbanos ainda resta pendente de solução.**

O que se pleiteia, neste ponto, é a inclusão de toda a comunidade indígena do Estado do Amazonas, aldeada ou não, em terras indígenas homologadas ou não, em contexto urbano ou não, na fase prioritária de vacinação do PNI. Faz-se necessário abolir a diferenciação dos grupos indígenas em relação ao local de moradia e uni-los como grupo único, com características singulares, identidade ímpar e costumes específicos, garantindo a vacinação de todo ele.

Há de se reforçar que na decisão de 16/03/2021, no bojo da ADPF 709, no tocante ao requerimento apresentado pela União de suspensão de medidas determinadas por outros Juízos, em casos concretos, sujeitos ao controle difuso, **o Ministro Relator entendeu**



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

que, por ora, não há elementos suficientes para avaliar a plausibilidade do requerimento. Trata-se de casos concretos, sujeitos às suas particularidades, de que o Juízo não está informado, cujas decisões podem ser reformadas pelos recursos previstos nas normas processuais.

Assim sendo, **não houve qualquer vedação à propositura de ações voltadas ao atendimento das populações indígenas viventes no Brasil, principalmente quanto à inserção de toda a comunidade no grupo prioritário para imunização contra o COVID-19.**

5.3. Do direito à vacinação prioritária como direito corolário do direito à saúde e à vida. Teoria do impacto desproporcional.

É sabido que a saúde é um direito fundamental social (art. 6º, caput), pertencente a todos e dever do Estado, nos termos do art. 196 da Constituição da República. Tal direito possui intrínseca relação com a inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, caput) e com o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, em seu aspecto material, tendo em vista a necessidade de o Estado assegurar positivamente a prestação do serviço público em questão e viabilizar a execução dos projetos de vida de toda a coletividade.

Historicamente, os povos indígenas sempre estiveram mais vulneráveis biologicamente a viroses, em especial a infecções respiratórias. Estas doenças sempre apresentaram altos índices de mortalidade causados pelas doenças transmissíveis que contribuíram com a redução do número de indígenas que vivem no território brasileiro. Os efeitos da pandemia somam-se, portanto, às circunstâncias históricas que colocam esses grupos sempre próximos à linha da pobreza. Não à toa, dados governamentais apontam para o fato de que as doenças do aparelho respiratório são a principal causa de mortalidade infantil na população indígena¹⁶.

16 SESAI, Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas. Conjunto de documentos. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBIbhh>>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Considerando as **especificidades imunológicas e epidemiológicas**, os povos indígenas são particularmente suscetíveis ao novo coronavírus, seja em contexto urbano ou nas aldeias e comunidades, sobretudo tendo em vista que doenças respiratórias são uma das principais causas de óbitos entre estes povos, conforme reconhece o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). A migração de indígenas para as cidades, transitória ou em caráter permanente, é motivada pela busca de acesso a educação formal, necessidades de saúde não atendidas pelos serviços básicos, acesso a emprego e renda, situação de crescente insegurança nas aldeias e uma série de fatores que tem na sua raiz a desigualdade social, a pobreza e a notória vulnerabilidade histórica dos povos indígenas.

Em diversos estudos acadêmicos, bem como no Laudo Técnico antropológico nº 02/2019 - DPA/CNP/SPPEA do MPF, é claramente demonstrado **o intenso fluxo entre indígenas das aldeias e cidades, aptos a configurar as características de mobilidade acima mencionadas**, como no trecho a seguir que descreve que as famílias indígenas residentes na zona urbana em Manaus, acompanhadas no estudo *“estabelecem relações significativas com seus territórios de origem, as quais são fortemente mediadas pelos laços de parentesco ali mantidos. O vínculo com o local de origem é reforçado e atualizado pelos circuitos de visitação entre parentes, envolvendo a ida frequente ou esporádica das famílias do Tarumã-Açu, em Manaus, para o interior, bem como a vinda de seus parentes do interior para a capital amazonense”*.

O posicionamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena é de que o atendimento de tais comunidades em contexto urbano estaria fora da esfera de atuação do subsistema de saúde indígena, o que implica na necessidade de articulação e coordenação do atendimento junto às esferas estadual e municipal.

As conclusões do estudo *“SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nation wide serological household surveys”*, realizado pela Universidade de Pelotas, **são de que a incidência do coronavírus em indígenas urbanos é cinco vezes maior que entre os não-indígenas**¹⁷. O referido estudo avaliou 89.397 moradores de cidades brasileiras

¹⁷ HALLAL, Pedro C.; VICTORA, Cesar G; et. al. Prevalence among Indigenous people was 6.4% (4.1–9.4) compared with 1.4% (1.2–1.7) among Whitepeople. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

e não entrevistou indígenas que vivem em aldeias, mas apenas indígenas que vivem em núcleos urbanos. Ainda, segundo o estudo, a maior prevalência entre os indígenas pode ser explicada por um conjunto de fatores que afetam tais grupos não só no atual contexto de pandemia, como a alta densidade de pessoas vivendo em um mesmo ambiente - típico do modo de viver coletivo, por vezes reproduzido nas cidades -, pobreza e dificuldades de acesso à saúde.

Estudo similar, realizado pelo *Colors of Coronavirus Project*¹⁸ nos Estados Unidos, país cuja população indígena vive predominantemente em áreas urbanas, aponta que **os indígenas foram desproporcionalmente afetados pelo coronavírus.**

Constatações do “Boletim Observatório Covid-19 da FioCruz: após 6 meses de pandemia no Brasil”¹⁹, mostram que as taxas de mortalidade por Covid-19 são progressivamente mais elevadas nas faixas etárias a partir dos 50 anos nos indígenas em comparação à população geral, assim como **a letalidade em internações hospitalares de indígenas é maior em comparação às demais categorias de cor/raça em praticamente todas as faixas etárias.**

Em estudo recente²⁰ que teve por objetivo verificar de forma mais clara os impactos da COVID-19 na letalidade em indígenas no país (rural e urbana), comparou-se a razão entre óbitos por COVID-19 e os casos de hospitalização por SRAG acumulados entre as Semanas Epidemiológicas SE (semana epidemiológica) 8 e 35 de 2020, ou seja, a letalidade das formas graves de COVID-19, a partir do SIVEP-Gripe. A letalidade acumulada por SRAG decorrente de COVID-19 no Brasil até a SE 35 (30/08/2020) **atingiu 41,8% em indígenas,**

two successive nationwide serological household surveys. *Lancet Glob Health* 2020;8: e1390–98 Published Online September 23, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9)

18 De acordo com os dados do observatório, para cada 100.000 americanos, cerca de 211 indígenas morreram pelo coronavírus, enquanto a proporção foi de 121 para brancos, 155 para negros, 150 para moradores das ilhas do Pacífico, 120 para latinos e 76 para asiáticos. Disponível em <https://www.apmresearchlab.org>

19 https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf

20 Pontes, ALP;Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenasno Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva,E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

SANTOS, Ricardo Ventura; PONTES, Ana Lucia; COIMBRA JR., Carlos E. A.. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 10, e00268220, 2020 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001000201&lng=en&nrm=iso. access on 17 Mar. 2021. Epub Oct 02, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00268220>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

excedendo em 19% a letalidade em não indígenas (35,1%). Foram verificados diferenciais de letalidade entre as regiões do país. Esses dados corroboram o recente estudo publicado por Ranzani *et al* (2021) sobre mortalidade hospitalar no país, que verificou maior mortalidade em quase todas as faixas etárias para a população indígena (rural e urbana).

Segundo dados coletados no Censo 2010²¹, **foi observado que não somente em áreas rurais, como também em contextos urbanos, os indígenas apresentam níveis de mortalidade mais expressivos que as demais categorias de cor ou raça.** No entanto, os referidos dados não refletem a realidade *atual* do cenário, podendo ser ainda pior, tendo em vista a subnotificação de casos e a inexistência de campos obrigatórios de identificação de raça e etnia em sistemas de notificação do Covid-19.

Existem, portanto, uma série de **particularidades socioculturais, epidemiológicas e conjunturais da população indígena que intensificam o risco de contaminação e os impactos da Covid-19**, principalmente em razão da intensa circulação nos centros urbanos como garantia de sobrevivência e da fragilidade epidemiológica dos indígenas de cada etnia, fatores estes já confirmados por autoridades em saúde do Poder Público, bem como por estudos periciais conduzidos pelo MPF.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva e a Associação Brasileira da Antropologia, em nota, alertou que a restrição aos indígenas que residem nas terras indígenas homologadas estimulou o deslocamento de pessoas que estão nos centros urbanos para seus territórios, podendo agravar a disseminação do vírus. Recomendou **que sejam incluídos todas as e todos os indígenas na priorização da campanha de vacinação contra a Covid-19, independentemente de seu local de residência, garantindo que haja a oportunidade contínua de acesso à vacina.**

O Grupo de Trabalho *Vacinação para Todos os Indígenas do Amazonas* apontou que “**A decisão administrativa de vacinar apenas indígenas residentes com residência**

²¹ Grupo Temático Saúde Indígena (GTSI/Abrasco)
<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/2020/04/28/mortalidade-superlativa-povos-indigenas-e-astragicas-manifestacoes-das-desigualdades-em-saude/> <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010001>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

permanente em aldeias, como estabelecido no Programa Nacional de Imunização (PNI), além de inconstitucional é imoral e desumano, uma vez que aparta, ofende e discrimina famílias, irmãos, pais e filhos e condena os indígenas que residem transitoriamente nas cidades ou em terras tradicionais ainda não regularizadas pelo Estado, à doença e morte pela pandemia”.

O mesmo grupo de trabalho destacou que solicita vacinação de todos os indígenas, das terras indígenas reconhecidas pelo governo, das terras indígenas ainda não reconhecidas e dos residentes em centros urbanos e arredores.

Assim também se posicionou a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) – onde o GT Saúde Indígena compilou, em edição especial “Coronavírus e Saúde Indígena”²², todas as publicações científicas, além de produzir diversas Notas Técnicas em atenção à ADPF nº 709²³.

No mesmo sentido, estudo da Fiocruz destaca que “a hospitalização por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em populações indígenas apresenta um padrão de aumento em relação à série histórica”.²⁴

Esse aumento fica melhor visualizado na figura abaixo, que “mostra o perfil sazonal de hospitalização por SRAG em indígenas no país. São dados dos últimos 10 anos registrados no SIVEP-Gripe. Observa-se uma tendência de sazonalidade com maior atividade no período de abril a junho. A exceção foi a epidemia de H1N1 em 2009. A curva de 2020 já demonstra um padrão de crescimento alto quando comparado às outras temporadas.”²⁵

22 <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/category/noticias/>

23 <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/documentos/>

24 FIOCRUZ. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. **Repositório.** Disponível em: <https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Relat%C3%B3rios%20t%C3%A9cnicos%20-%20COVID-19/procc-emap-ensp-COVID-19-report4_20200506-indigenas.pdf>

25 FIOCRUZ. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. **Repositório.** Disponível em: <https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Relat%C3%B3rios%20t%C3%A9cnicos%20-%20COVID-19/procc-emap-ensp-COVID-19-report4_20200506-indigenas.pdf>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

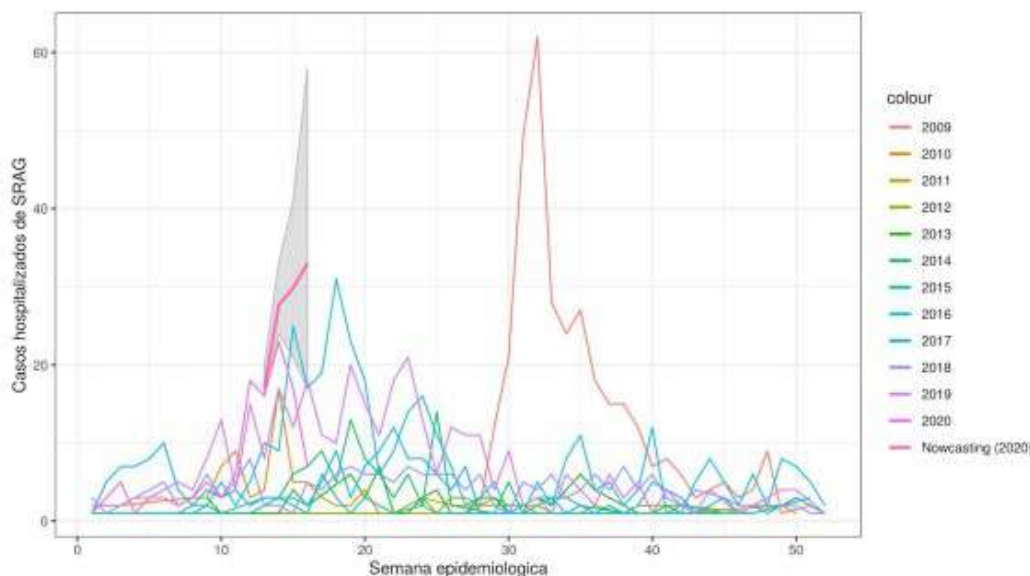


Figura 3. Número de hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave em indígenas por semana, no período de 2009 a 2020. A região cinza indica estimativa de casos corrigindo por atraso de notificação usando metodologia descrita em Bastos et al (2019) e utilizada no sistema Infogripe.

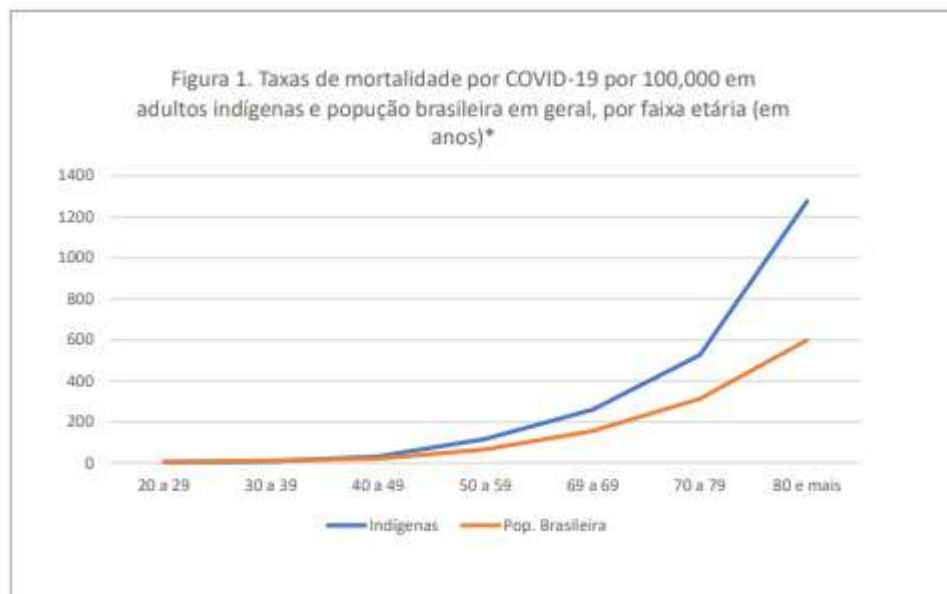
Os fatos comprovam o impacto desproporcional e mais grave da pandemia sobre os povos indígenas no Brasil, independente do local onde residam.

Os dados disponibilizados pela Sesai, em resposta à ADPF 709, evidenciam taxas de mortalidade por Covid-19 progressivamente mais elevadas na faixa etária a partir dos 50 anos nos indígenas em comparação à população geral (Figura abaixo)²⁶. A mortalidade entre indígenas, dependendo da faixa etária, chega a ser até 150% maior do que a de não-indígenas.

26 FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil. Boletim. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO



Além da vulnerabilidade dos povos indígenas como um todo, há que se destacar o estado de invisibilidade institucionalizada em que vivem os indígenas não aldeados ou em contexto urbano. Estudo da FioCruz esclarece que:

Há evidências de que o volume da população indígena residente em áreas urbanas no Brasil, baseada em dados censitários, possa estar subestimado. Áreas metropolitanas da região Norte, como por exemplo Manaus e Belém, apresentaram em 2010, 6.878 e 3.341 indígenas, o que tem sido apontado como volumes demográficos por demais reduzidos considerando a marcante presença indígena nessas áreas do país. Uma explicação possível é que os indígenas dessas localidades, e sobretudo de outras regiões urbanas do país, tenham sido contados em outras categorias de cor ou raça, em particular “parda” (Bastos et al. 2017; Santos et al. 2019).

As áreas urbanas do país foram as primeiras a serem afetadas pela pandemia, de modo que a população indígena residente nessas regiões foi rapidamente afetada. Especificamente em relação à maior vulnerabilidade dos indígenas em contexto urbano estudo da FioCruz relata que:

Para melhor compreender o perfil da população residente nos municípios com maior probabilidade de epidemia de COVID-19, realizou-se estratificação da

Pág. 29 de 47



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

população total e da população indígena (total, urbana, rural e residente em TI) segundo três faixas de probabilidade de epidemia dos municípios de residência (Tabela 2). **Nota-se que houve aumento de população indígena vivendo em municípios com alto risco imediato para COVID-19 em todas as regiões e nos estratos urbano ou rural**, e nas TIs. Esse aumento foi mais expressivo nas regiões da Amazônia Legal (aumento de 59,5%) e Nordeste (aumento de 57,2%), sobretudo às custas do aumento da população em risco nas áreas rurais (Amazônia Legal: aumento de 70%; Nordeste: aumento de 67,9%). **Na área urbana, as proporções de população indígena em municípios de alto risco para a epidemia superam 50% em todas as regiões, variando de 56% na Amazônia Legal, a 82%, no Sul-Sudeste.**²⁷

Da análise da Tabela abaixo, verifica-se que a probabilidade de epidemia é maior na população indígena urbana do que na população indígena rural.

Tabela 2: População total e população indígena (total, urbana, rural e residente em TI) segundo faixas de probabilidade de epidemia de COVID-19 do município e região de residência.

Região	Probabilidade de epidemia*	Popul. total	População indig. total	População indig. Urbana	População indig. rural	População indig. em TI
Amazônia Legal	<0,25	6.061.262	228.314	28.158	200.156	182.472
		32,1%	57,9%	41,5%	61,3%	62,0%
	0,25-0,50	672.620	7.768	1.711	6.057	6.071
		3,6%	2,0%	2,5%	1,9%	2,1%
	0,50-1,00	12.165.694	158.474	37.987	120.487	105.807
		64,4%	40,2%	56,0%	36,9%	35,9%

Destaque-se em especial o fato de que **“em áreas urbanas, observou-se soroprevalências de anticorpos superiores em indígenas em comparação a outras categorias de cor ou raça, em particular os brancos”**²⁸.

27 FIOCRUZ. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. **Repositório.** Disponível em: <https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Relat%C3%B3rios%20t%C3%A9cnicos%20-%20COVID-19/procc-emap-ensp-COVID-19-report4_20200506-indigenas.pdf>

28 https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Em estudo epidemiológico realizado pela Universidade Federal de Pelotas, com uma amostra total de 89.397 pessoas entrevistadas e testadas para o Coronavírus, constatou-se que: **“Em relação à cor da pele autorrelatada, houve maior proporção com anticorpos entre as populações indígenas em comparação aos demais grupos étnicos.** A população que se autodeclarou branca foi a que apresentou menor proporção de exposição ao vírus. **Ressalte-se que o estudo não incluiu populações aldeadas**”²⁹.

Cor da pele	Testados	Positivos
Branca	32.383	372 (1,1%)
Parda	40.088	1237 (3,1%)
Preta	11.304	282 (2,5%)
Amarela	2.446	52 (2,1%)
Indígena *	1.219	66 (5,4%)

Também o setor pericial do MPF, em documento recente (Parecer Técnico nº 126/2021³⁰ anexo) ressalta entre os pontos trazidos a necessária vacinação prioritária de indígenas em contexto urbano e demais indígenas ainda não vacinados, em face de sua maior vulnerabilidade à COVID19.

Com base em referidos estudos técnicos, **verifica-se a necessidade da inclusão dos indígenas urbanos na fase 01 de vacinação prioritária, pois estão em situação de maior vulnerabilidade do que os demais brasileiros.**

Nesta linha de ideias, a teoria do impacto desproporcional assenta que a aplicação pura e simples de uma norma aparentemente neutra no caso concreto contra grupos

²⁹ http://epidemio-ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=3128

³⁰ Trata-se de análise antropológica sobre a adequação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (PNOV) contra a Covid-19 para povos indígenas e comunidades tradicionais, sobretudo no que se refere à exclusão de alguns grupos da fila prioritária de vacinação, como indígenas em contexto urbano e em terras não demarcadas. O parecer também identifica e analisa os principais desafios enfrentados durante a operacionalização da vacinação entre povos indígenas e comunidades tradicionais



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

minoritários e historicamente marginalizados gera um efeito de reforço das desigualdades sociais existentes, de modo que, a despeito do dispositivo normativo em tese incidir uniformemente sobre todo o universo de pessoas abrangidas, seu desdobramento prático, dada a assimetria existencial destes grupos em relação ao coletivo socialmente majoritário, acarreta uma aplicação violadora da isonomia material, deixando os referidos grupos vulneráveis com seus direitos fundamentais desprotegidos.

Dessa forma, para eliminar este efeito perverso do impacto desproporcional, deve haver uma correção nos efeitos da norma incidente, seja por medidas legislativas, seja por interpretações prestigiadoras da igualdade material, providência esta conhecida no jargão como ações afirmativas.

O cerne da ideia de ação afirmativa, tanto no campo da produção legislativa quanto no da interpretação e aplicação das normas postas, é a de distinguir para equalizar, reconhecendo, pelo direito à diferença, a necessidade de solução das distorções que o meio social provoca sobre a incidência normativa, combatendo a desigualdade com uma discriminação positiva.

Nas palavras de Boaventura de Souza Santos:

(...) temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

A partir das lentes teórico-dogmáticas acima expostas, vislumbra-se na situação ora sob análise uma manifestação de impacto desproporcional sobre os indígenas, e em especial no caso em tela, sobre os indígenas desaldeados ou em contexto urbano.

Portanto, verifica-se que a exclusão dos indígenas situados em contextos urbanos no Brasil do rol prioritário de vacinação contra a COVID-19 na fase 01 da imunização é discriminação indevida, que deve ser corrigida por este Juízo.



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO**

**6. DA INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA
SEPARAÇÃO DOS PODERES – GRAVE VIOLAÇÃO AO DIREITO
FUNDAMENTAL À SAÚDE.**

De acordo com o que foi exposto, a União Federal (através da SESAI) tem excluído do rol prioritário de vacinação contra a COVID-19 os indígenas desaldeados ou que vivam no centro urbano por qualquer motivo. Tal exclusão coloca em risco o direito fundamental à saúde e o reconhecimento das peculiaridades socioculturais dessas populações.

Nessas circunstâncias, encontra-se o direito fundamental à saúde em situação de intensa vulnerabilidade, não havendo espaço para se falar em discricionariedade do poder público. Esse é o entendimento também do E. TRF da 1ª Região:

CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. OMISSÃO DO PODER PÚBLICO. POLÍTICAS PÚBLICAS. SAÚDE INDÍGENA. LEI 8.080/90. POSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO. PRELIMINAR AFASTADA. DIREITOS FUNDAMENTAIS: VIDA, SAÚDE, SERVIÇOS PÚBLICOS. RESERVA DO FINANCEIRAMENTE POSSÍVEL. SEPARAÇÃO DOS PODERES. LIVRE CONVENCIMENTO DO JUÍZO NA APRECIÇÃO DO CONJUNTO PROBATÓRIO. APELAÇÃO DESPROVIDA.

1. As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. Nesse sentido, não prospera a invocação da reserva do financeiramente possível para justificar excessiva mora no que tange à implementação de políticas públicas constitucionalmente definidas.
 2. A demora excessiva e injustificada do poder público à realização de direitos fundamentais justifica a intervenção do Estado-juiz para impor obrigação de fazer, não se devendo falar, em violação do princípio da separação dos poderes.
 3. A etnia Maxakali tem direito de acesso ao subsistema especializado de saúde indígena, em sua comunidade local, seja pela proteção constitucional dos índios seja pelas normas que protegem o subsistema de saúde indígena previstas na Lei 8.080/90.
 4. Apelação desprovida.
- (AC 0003587-38.2005.4.01.3800 / MG, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL FAGUNDES DE DEUS, QUINTA TURMA, e-DJF1 p.120 de 04/02/2011)

No mesmo sentido, confira-se outro julgado:



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

CONSTITUCIONAL. EMBARGOS INFRINGENTES. TURBAÇÃO DE TERRA INDÍGENA POR MADEIREIROS, GRILEIROS E GARIMPEIROS. AÇÃO CIVIL PÚBLICA PARA RETIRADA DOS INVASORES DAS ÁREAS INDÍGENAS ZORÓ E SURUI. NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA EM RAZÃO DA PRESENÇA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE CALAMITOSA: ATROFIA NUTRICIONAL, TURBECULOSE, NANISMO.

I - É cabível a oposição de embargos infringentes nos casos em que, no julgamento da apelação, é afastada a extinção do processo, sem resolução do mérito e, por ser a matéria eminentemente de direito e encontrando-se a causa devidamente instruída, é julgado o mérito da controvérsia, nos termos do art. 515, § 3º, do CPC.

II - Em princípio, não compete ao Poder Judiciário imiscuir-se no mérito administrativo, mas tão somente realizar o exame do ato administrativo quanto aos aspectos da legalidade e da moralidade, cabendo à Administração Pública decidir sobre os critérios de conveniência e oportunidade.

III - Contudo, em certos casos, faz-se necessária uma atuação pronta e urgente do Poder Judiciário, quando a demora na atuação da administração pública puder resultar em dano irreparável ou de difícil reparação, especialmente em risco para a saúde e a integridade física da coletividade.

IV - Se é certo que as ações governamentais dependem de prévio planejamento e de previsão orçamentária, tal argumento não servir como justificativa para que a administração se afaste de suas atribuições constitucionalmente previstas de assegurar a saúde e a segurança, principalmente para aquela parcela da população mais carente e desassistida, como é o caso das comunidades indígenas.

V - Diante de uma situação de grave violação a direitos fundamentais consignados pela Constituição Federal, tais como o direito à vida (art. 5º, caput), à saúde (art. 196 e 200, II), à identidade cultural dos índios (art. 231) e à posse e usufruto de suas terras (231, § 1º), temos que a inércia estatal na proteção dos indígenas, tornando efetivas as imposições constitucionais, merece sim a intervenção do Poder Judiciário. Precedentes.

VI - Embargos Infringentes aos quais se nega provimento.

(EAC 0045443-77.1998.4.01.0000 / RO, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL JIRAIR ARAM MEGUERIAN, TERCEIRA SEÇÃO, e-DJF1 p.5 de 08/02/2012).

O próprio Supremo Tribunal Federal, no RE 557.548, tendo como Relator o Ministro Celso de Melo, firmou entendimento de que entre proteger a inviolabilidade dos direitos à vida e à saúde, que se qualificam como direitos subjetivos inalienáveis assegurados a todos pela Constituição Federal, ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

interesse financeiro e secundário do Estado, compete ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana.

O caso, portanto, é de intensa e manifesta gravidade. Exige pronta resposta para evitar que o direito fundamental à saúde, em prejuízo inclusive à integridade cultural de povos indígenas, seja objeto de vulneração pela injustificável omissão da União.

7. DAS SUPOSTAS DIFICULDADES PARA EFETIVAÇÃO DA VACINAÇÃO PRIORITÁRIA DE TODOS OS POVOS INDÍGENAS NO ESTADO DO AMAZONAS

Um dos argumentos recorrentemente utilizados pela União e demais atores que se contrapõem à vacinação prioritária dos povos indígenas em áreas não demarcadas ou em contexto urbano se refere à suposta dificuldade na identificação de tais indígenas. Note-se que não discordam em geral da maior vulnerabilidade, maior contaminação e mortes de indígenas por COVID19 em relação à população não indígena ou mesmo a qualquer outro segmento da sociedade, nem discordam dos dados e estudos apresentados (ou ao menos não apresentam estudos ou dados que façam um contraponto), mas tão somente **focam num aspecto de operacionalização da vacinação prioritária para negar um direito transparente dos povos indígenas.**

Tomando apenas este argumento, pode-se notar a injustiça completa em tal posição. Ora, identificar uma população é dever e trabalho a ser realizado pelos órgãos públicos, seja nos cadastros públicos (SUS, por exemplo), seja por meio do CENSO realizado de forma decenal.

Argumentar que eventual dificuldade na identificação do público indígena em contexto urbano é uma barreira para vacinar prioritariamente tal público é argumentar em contradição à própria omissão governamental, uma vez que nos sistemas do SUS o campo raça/cor já deveria ter identificado todos aqueles indígenas que fazem uso do Sistema Único de



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAPÁ
5º OFÍCIO

Saúde, seja na cidade ou nas aldeias.

De toda forma, já prevendo a imposição de dificuldades e barreiras pelo poder público na efetivação da vacinação prioritária dos indígenas em contexto urbano, entidades e organizações indígenas apresentaram uma solução adequada, que é citada na **Recomendação nº 1/2021/5º Ofício/PR/AM em forma de considerandos, a seguir transcritos:**

42. CONSIDERANDO que a nota do mesmo Grupo de Trabalho Vacinação para Todos os Indígenas do Amazonas traz propostas práticas aptas a solucionar de modo pontual a omissão histórica do Poder Público sobre a identificação dos indígenas na cidade ou em áreas não regularizadas para fins da vacinação prioritária, propostas estas que podem orientar a atuação dos órgãos públicos no tema:

12. Destacamos que nossa solicitação é para vacinação de todos os indígenas, das terras indígenas reconhecidas pelo governo, das terras indígenas ainda não reconhecidas e dos residentes em centros urbanos e arredores, a ser atendidos pelos municípios e não pelos DSEI's ou pelo Subsistema de Saúde Indígena.

13. Considerando a complexidade histórica da composição étnica da cidade de Manaus, entendemos ser necessário qualificar a determinação da Convenção 169/OIT de autodeclaração para a identificação de indígenas residentes na cidade, com outros dispositivos legais e legítimos para garantir segurança nessa identificação, tais como:

1. Registro Administrativo de Nascimento do Índio - RANI, expedido pela FUNAI.
2. Documentos expedidos por reconhecidas organizações indígenas.
3. Documentos expedidos por instituições públicas, como universidades e FUNAI.
4. Documentos oficiais que identificam o local de nascimento em uma aldeia ou terra indígena ou mesmo que identificam o povo ou

Pág. 36 de 47



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

a etnia, tais como RG, Certidão de Nascimento e outros.

Tais documentos qualificadores, não devem ser excludentes ou eliminatórios, mas complementares, agregadores, ou seja, junto com a autodeclaração, pelo menos mais um dos documentos acima especificados.

14. Por fim, recomendamos que os municípios criem comissões específicas para identificação e elaboração das listas de indígenas residentes em centros urbanos para a vacinação prioritária, com qualificada participação de indígenas.

43. CONSIDERANDO a existência de diversos outros mecanismos de identificação que, agregados às propostas acima, podem auxiliar na definição mínima inicial do número de doses a serem disponibilizadas para a vacinação prioritária dos indígenas ainda não contemplados, como: a) cadastro pela Coordenação Regional da Funai Manaus de indígenas em situação de vulnerabilidade (urbana e rural) que recebem cestas básicas; b) cadastro das secretarias municipais de saúde com identificação de indígenas atendidos nas cidades; c) CadUnico; d) IBGE; e) dados de associações e representações indígenas reconhecidas; entre outros;

44. CONSIDERANDO que a COPIME (Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno) em parceria com a Cáritas Arquidiocesana de Manaus (vinculada à Igreja Católica), realizou ampla campanha de arrecadação denominada "Puxirum" para a distribuição de cestas básicas para as famílias indígenas na cidade de Manaus desde o início da pandemia em 2020, e informaram ao MPF por meio do Ofício nº 007/2021/COPIME a relação de famílias indígenas atendidas pelas cestas básicas mas não contempladas de forma prioritária no plano nacional de imunização contra o novo coronavírus, totalizando um número de 3.324 famílias indígenas que receberam as cestas básicas no município de Manaus, mas não estão cadastradas na prioridade de vacinação;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

45. CONSIDERANDO que este número de famílias indígenas identificadas pela Cáritas e COPIME, famílias estas não contempladas na prioridade de vacinação em Manaus, estimando-se o número de 03 adultos em média por família (entre pais, mães, idosos, filhos maiores e agregados), totaliza um número aproximado inicial de dez mil doses mínimas necessárias para o município de Manaus efetuar a vacinação prioritária de todos os indígenas (número que pode ser aumentado a depender das articulações e tratativas realizadas conforme itens anteriores); cabível ressaltar que estimativas semelhantes podem ser realizadas em todos os municípios amazonenses;

46. CONSIDERANDO que o Poder Público não pode agir de forma contraditória e alegar sua própria omissão em realizar o cadastro nos sistemas de saúde e vigilância epidemiológica dos indígenas que moram em contexto urbano e áreas não regularizadas como forma de negar a prioridade de vacinação a tais indígenas;

Cabe ressaltar que a proposta apresentada pelo Grupo de Trabalho Vacinação para Todos os Indígenas do Amazonas, expressa na referida Recomendação, foi também objeto de debate e deliberação em reuniões do Grupo de Trabalho Interinstitucional Saúde Indígena Manaus, composto por órgãos públicos como FUNAI CR Manaus, DSEI Manaus, SES/AM e SEMSA Manaus, e representantes da sociedade civil, nas datas de 09/04/2021 e 04/05/2021 (atas anexas).

Ou seja, também órgãos públicos amazonenses, junto ao movimento indígena e demais entidades civis vêm se mobilizando para ajustar o modelo de vacinação prioritária aos indígenas ainda não vacinados, adoção dos critérios de identificação adequados em diálogo aberto com as lideranças e movimentos indígenas, conforme se pode notar em trecho da ata de reunião realizada em 04/05/2021, registrada pela FUNAI, com a participação de órgãos públicos de saúde:



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Os indígenas não associados serão vacinados normalmente desde que se identifiquem com as comprovações necessárias, assim como os demais, ou seja, apresentar RANI (Registro Administrativo de Nascimento de Índio expedido pela FUNAI) e se o fizer por meio de autodeclaração, a esta deverá juntar um ou mais dos documentos apresentados na Recomendação 01/2021/MPF/PRAM 5 - Considerando 42(SEI 2855112) conforme acordado pelas lideranças indígenas que assinaram esta consulta (SEI (SEI3067335, SEI 3067361, SEI 3067372, SEI 3067385) na presente reunião e na ata de 9 de abril (SEI2997947). As lideranças indígenas devem tratar com muito cuidado e critério a emissão de Declarações para que apenas os indígenas sejam beneficiados e não outros, além disso a comunidade/aldeia indígena são reconhecidos pelos seus pares, ou seja, liderança saterê reconhece indígena da etnia saterê, liderança mura reconhece apenas indígena da etnia mura.

Outra alternativa para o cadastro dos indígenas junto a SEMSA/Manaus é o Censo Vacinal que UFAM(Diego) lembrou. Este foi considerado por SEMSA/NUGES (Wanja) como viável, pois isto ocorreu casa acasa para a vacinação da H1N1 dos indígenas.

São critérios que podem e devem ser considerados pelo Poder Público para a efetivação da vacinação prioritária, uma vez que construídos de forma dialogada e em contínua consulta conforme determina a Convenção nº 169 da OIT. De toda forma, havendo outros critérios adequados apresentados, nada obsta que sejam debatidos e adotados em caso de um consenso informado. O importante, frise-se, é o reconhecimento da prioridade na vacinação a todos os povos indígenas do estado do Amazonas, sendo que os critérios para tanto poderão ser adotados localmente no momento da implementação do direito.

Note-se que tal implementação pode ser acompanhada, como sugestão, por grupo de trabalho interdisciplinar e paritário, com a finalidade de monitorar a execução/cumprimento da tutela de urgência/sentença no bojo desta ação civil pública, dele participando integrantes, pelo menos, da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, da Secretaria



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS, da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas - COSEMS-AM, do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Amazonas – CONDISI/AM, do Ministério Público Federal, do Ministério Público do Estado do Amazonas, da Defensoria Pública da União, da Defensoria Pública do Estado do Amazonas e de representantes das comunidades indígenas, grande parte deles já participantes do GTI Saúde Indígena constituído em 2018 por Portaria interinstitucional assinada pelos gestores da FUNAI CR Manaus, DSEI Manaus, SEMSA Manaus e SES/AM (na época, SUSAM), sem prejuízo do imediato cumprimento dos demais pedidos abaixo formulados em sede de tutela de urgência.

Há também dados públicos de 2010 sobre o censo realizado pelo IBGE com o número de indígenas total no país, e por consequência o número em cada cidade amazonense. Ainda que necessite atualização e sujeito a críticas em face dos critérios utilizados para a identificação dos povos indígenas em contexto urbano, o censo de 2010 é também um elemento que pode ser utilizado pelo Poder Público com os devidos ajustes e atualizações. Cabe ressaltar, enfim, que o próprio IBGE realizou levantamento no Amazonas em data mais recente, 2019, com a identificação de domicílios onde houvesse indígenas morando. Ou seja, dados e elementos de identificação não faltam, basta vontade e boa-fé para implementar a vacinação prioritárias entre os povos indígenas do Amazonas.

Tratando-se de política pública e de recursos escassos, **um dado importante merece ser mencionado: o número necessário estimado total de doses da vacina no Amazonas para imunização de todos os indígenas ainda não vacinados é cerca de 100 mil doses**. De fato, no país todo, não seriam sequer necessárias mais do que 500 ou 600 mil doses para a imunização de todos os indígenas ainda não vacinados (maiores de 18 anos), número produzido com folga em menos de um dia por apenas um dos laboratórios nacionais³¹. Menciona-se tal número para demonstrar que sequer um impacto significativo teria no plano nacional de imunização, podendo ser absorvido tranquilamente no fluxo de vacinação dentro das prioridades já estabelecidas.

³¹ <https://butantan.gov.br/noticias/sp-inicia-producao-brasileira-de-vacina-do-butantan>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAPÁ
5º OFÍCIO

8. DA TUTELA DE URGÊNCIA

O quadro narrado **evidencia a necessidade patente de concessão de tutela de urgência por este juízo**, nos termos do art. 300, do Código de Processo Civil, com o escopo de que seja **imediatamente incluído na fase 1 da vacinação prioritária contra a COVID-19 todos os indígenas do estado do Amapá, sejam os localizados em áreas urbanas, em contextos urbanos ou em áreas ainda não regularizadas**.

A probabilidade do direito está plenamente comprovada no presente caso, por meio de todo o conjunto de elementos que formam os documentos e procedimentos anexos, bem como por todos os argumentos acima descritos.

Por sua vez, o perigo de dano reside na imprescindibilidade de aparato técnico para assegurar a vacinação dos indígenas que residam no contexto urbano no Brasil na fase 01, prioritária de imunização. O receio de dano irreparável (*periculum in mora*) também advém da própria natureza dos fatos e dos fundamentos apresentados nesta petição inicial, os quais envolvem o atual cenário de Pandemia do Coronavírus (COVID-19), em que as medidas urgentes se fazem 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.

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 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



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

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 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 vacinação dos indígenas que residam no contexto urbano no Brasil na fase 01, prioritária de imunização.

É fato público e notório que a Covid-19 avança sobre a população indígena no Brasil, em especial no Amazonas. O número de casos confirmados no Amazonas aumenta a cada dia, conforme boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, o que comprova as urgências das medidas pleiteadas, o perigo de dano e o perigo da demora na apreciação da tutela de urgência requerida nos autos.

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).

Vale registrar que há casos similares ao presente com decisão de tutela de urgência deferidas (anexas), em termos semelhantes aos pleiteados nestes autos.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

a) Agravo de Instrumento n. 1009688-66.2021.4.01.0000 – 5ª Turma do TRF1:

Com estas considerações, defiro o pedido de antecipação da tutela recursal formulado na inicial, para determinar à União Federal a adoção das seguintes medidas requeridas pelo Ministério Público Federal:

- 1) promova, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, o cadastramento dos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí-MG, 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;
- 2) preste, por meio do DSEI-MG/ES e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, atendimento à saúde, de modo regular e efetivo, aos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí-MG, ainda que em contexto urbano;
- 3) 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, aos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí-MG, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

[...]

Brasília/DF., em 23 de março de 2021.

Desembargador Federal SOUZA PRUDENTE

Relator

b) Ação Civil Pública n. 1002443-23.2021.4.01.4100 - 1ª Vara Federal Cível de

Rondônia:

Ante o exposto, defiro os pedidos formulados para determinar que:

I – a União:

- a. promova, no prazo máximo de 10 (dez) dias o cadastramento de todos os indígenas localizados em áreas urbanas ou em contextos urbanos do estado de Rondônia no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com consequente distribuição do Cartão SUS a esses usuários;
- b. após o cadastramento dos respectivos indígenas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), encaminhe imediatamente à Secretaria de Saúde do estado de Rondônia - SESAI e Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia - AGEVISA o quantitativo atualizado das doses de vacina contra a COVID-19 e



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

c. inclua na fase 01 da vacinação prioritária contra a COVID-19 todos indígenas localizados em áreas urbanas ou em contextos urbanos do Estado de Rondônia, por intermédio do DSEI/PVH e DSEI/Vilhena e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

II - ao estado de Rondônia:

a. assegure, por meio da Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia - SESAI e da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia - AGEVISA e tão logo disponíveis, o fornecimento de vacina contra a COVID-19, conforme quantitativo enviado pelo DSEI-PVH e DSEI-Vilhena, aos indígenas localizados em áreas urbanas ou em contextos urbanos do estado de Rondônia, garantindo-lhes a imunização prioritária ainda na fase 01.

[...]

Porto Velho-RO, data da assinatura eletrônica.

Grace Anny de Souza Monteiro

Juíza Federal Substituta

1ª Vara SJ/RO

Registre-se que a mencionada decisão, em juízo liminar nos autos do
Agravo de Instrumento nº 1010226-47.2021.4.01.0000, foi confirmada pela
Desembargadora Relatora Daniele Maranhão, nos seguintes termos:

Diante do contexto atual da pandemia no país, a qual está evidenciado o esgotamento do sistema SUS, nesse momento, bem como de que foi reconhecida a necessidade de se garantir aos índios urbanos sem acesso ao SUS a prioridade na vacinação, conforme plano nacional de vacinação, não verifico provas suficientes para deferir o efeito suspensivo pleiteado pela União, ora agravante.

Convém ressaltar ainda que, justamente por considerar os princípios da razoabilidade e da isonomia, é que se vislumbra a necessidade de se manter a decisão do juiz de primeiro grau, isso porque ainda que não esteja comprovado a migração para as aldeias em razão da pandemia, não se pode afastar a possibilidade de convívio entre os indígenas aldeados e não-aldeados, o que reforça os argumentos apresentados. Acrescenta-se ainda que mesmo convivendo fora das aldeias os indígenas mantem suas características genéticas, que requerem uma atenção da administração.

Por fim, vale salientar que o juiz a quo salientou que será necessário um cadastramento dos indígenas, antes da vacinação em si.

Dentro desse contexto, não constato ilegalidade a justificar a reforma da decisão agravada.

Em face do exposto, INDEFIRO O PEDIDO DE ATRIBUIÇÃO DE EFEITO SUSPENSIVO



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

Também em Pernambuco:

<http://www.mpf.mp.br/pe/sala-de-imprensa/noticias-pe/comunidade-indigena-e-vacinada-contracovid-19-apos-decisao-da-justica-federal-que-acolheu-manifestacao-do-mpf>

Por fim, não se concedendo a tutela de urgência, 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 Brasil.

8. DO PEDIDO

Ante o exposto, o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL requer:

- a) o recebimento da petição inicial e os documentos que a acompanham;
- b) **a antecipação dos efeitos da tutela, sem a oitiva da parte contrária**, 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, sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para:
 - b.1) determinar à UNIÃO que, no prazo máximo de 10 (dez) dias, inclua, na fase 1 da vacinação prioritária (PNI 4ª edição) contra a COVID-19, todos os indígenas do Estado do Amazonas, incluso os que vivem em contextos urbanos ou locais não cadastrados pela SESAI;
 - b.2) determinar à União e ao Estado do Amazonas que assegurem a destinação de doses de vacina contra a COVID-19 e procedam à articulação imediata junto aos municípios do Amazonas e à sociedade civil para fins de efetivação da vacinação prioritária (fase 1) de todos os indígenas do Estado do Amazonas, incluso os que vivem em contextos urbanos ou locais não



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAPÁ
5º OFÍCIO

cadastrados pela SESA;

- c) a citação dos demandados, nos termos do artigo 238 do CPC;
- d) a intimação da FUNAI para, querendo, ingressar no feito na qualidade de litisconsorte ativo;
- e) no ato de intimação do Estado do Amapá, que lhe seja concedida a possibilidade de atuar como litisconsorte ativo na presente demanda, em caso de não haver pretensão resistida;
- f) a inversão do ônus probatório em relação à matéria de natureza técnica e a produção de todas as provas em direito admitidas que venham a ser especificadas no momento processual oportuno;
- g) seja fixada multa diária por eventual descumprimento das obrigações acima, no valor de R\$ 10.000,00 (dez 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;
- h) em caso das medidas acima não surtirem efeitos concretos, seja determinada a suspensão de toda veiculação de publicidade institucional não emergencial das requeridas até o cumprimento da decisão (conforme precedentes já existentes no âmbito dos Tribunais Regionais Federais);
- i) ao final, o **julgamento de procedência dos pedidos** para:
 - i.1) confirmar a decisão de tutela de urgência e condenar a União, em definitivo, à obrigação de fazer consistente em incluir na fase 1 da



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS
5º OFÍCIO

vacinação prioritária (PNI 4ª edição) contra a COVID-19 todos os indígenas do Estado do Amazonas, incluindo-se os que vivam em contextos urbanos ou locais não cadastrados pela SESAI, sob pena de multa diária pelo descumprimento; bem como para determinar à União e ao Estado do Amazonas que assegurem a destinação de doses de vacina contra a COVID-19 e procedam à articulação imediata junto aos municípios do Amazonas e à sociedade civil para fins de efetivação da vacinação prioritária (fase 1) de todos os indígenas do Estado do Amazonas, incluso os que vivem em contextos urbanos ou locais não cadastrados pela SESAI;

i.2) incluir todos os indígenas do estado do Amazonas, independentemente do local de moradia, em grau de paridade no âmbito da Política Nacional de Imunização para este e futuros agravos de saúde similares.

Requer o MPF, ainda, que a decisão proferida em sede de tutela provisória seja comunicada a todos os municípios do Estado do Amazonas com o objetivo de conferir máxima publicidade.

Requer provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em nosso ordenamento jurídico, notadamente a juntada de documentos novos, realização de perícias, oitivas de testemunhas.

Dá-se à causa o valor de R\$100.000,00 para fins fiscais.

Manaus, 02 de junho de 2021.

Fernando Merloto Soave

Procurador da República

PRM-SGO-PE-00002136/2021



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
OFÍCIO DE SALGUEIRO

RECOMENDAÇÃO N. 7/2021

Ref.: Procedimento Administrativo n. 1.26.004.000053/2020-81

O **Ministério Público Federal**, pelo procurador da República signatário, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, com amparo nos arts. 127, *caput* e 129, incisos II e V da Constituição Federal de 1988 (CF/88), arts. 1º, 2º, 5º, incisos III, “e”, e V, “a” 6º, incisos VII, “c”, e XX da Lei Complementar n. 75/93 (LC 75/93);

CONSIDERANDO que ao Ministério Público incumbe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, e que o Ministério Público tem como funções institucionais a promoção do inquérito civil e da ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, em conformidade com os arts. 127, *caput* e 129, incisos II e V da CF/88, bem como com o art. 5º da LC 75/93;

CONSIDERANDO que dispõe o art. 129, inciso II da CF/88 ser função institucional do Ministério Público “*zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia*”;

CONSIDERANDO que cabe ao Ministério Público a expedição de recomendações, visando à melhoria dos serviços de relevância pública, bem como o respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis (art. 6º, XX da LC 75/93);

CONSIDERANDO a função institucional estabelecida no art. 5º, III, “e” da LC 75/93, de defesa dos direitos e interesses coletivos, especialmente das comunidades indígenas, da família, da criança, do adolescente e do idoso;

CONSIDERANDO as competências fixadas pelo art. 6º, VII, “c” da LC 75/93, relativas à proteção dos interesses individuais indisponíveis, difusos e coletivos,

relativos às comunidades indígenas, à família, à criança, ao adolescente, ao idoso, às minorias étnicas e ao consumidor;

CONSIDERANDO que compete ao Ministério Público Federal “*expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis*”, consoante estabelece o art. 6º, XX da LC 75/93, bem como defender os interesses difusos e coletivos, movendo as medidas judiciais e extrajudiciais necessárias a sua garantia (art. 129, II da Constituição);

CONSIDERANDO que, conforme o art. 196 da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

CONSIDERANDO que, em 30/1/2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII);

CONSIDERANDO que, em 11/3/2020, a OMS declarou pandemia para o novo coronavírus (Sars-CoV-2), momento em que a doença se espalhou por diversos continentes com transmissão sustentada entre humanos;

CONSIDERANDO que o Ministério da Saúde (MS) publicou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, cujo objetivo é estabelecer as ações e estratégias para a operacionalização da vacinação contra a COVID-19 em todo o país;

CONSIDERANDO que a 1ª Fase da vacinação contra a COVID-19 considerou como prioridades: i) as pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas e respectivos trabalhadores; ii) pessoas com deficiência institucionalizadas e respectivos trabalhadores; iii) povos indígenas vivendo em terras indígenas (aldeados); iv) trabalhadores da saúde em atividade nos locais de atendimento de pacientes com COVID-19;

CONSIDERANDO que, em razão do que decidido na medida cautelar na Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709/DF, o plano de vacinação deve abranger a população indígena que vive em Terras Indígenas homologadas e não homologadas, com mais de 18 anos, assistidas pelo SASISUS;

CONSIDERANDO que, a partir do que decidido pelo Supremo Tribunal Federal (STF), foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras Indígenas não homologadas durante o período de pandemia;

CONSIDERANDO, ainda, o que dispõe a mencionada decisão, segundo a qual a FUNAI deveria conhecer e cumprir que o critério fundamental para o reconhecimento dos povos indígenas é a autodeclaração, não sendo relevante, como elemento de identificação,

a presença ou não em território homologado, critério que foi, inclusive, afastado pela decisão do STF;

CONSIDERANDO que, no curso do Procedimento Administrativo n. 1.26.004.000053/2020-81, foi constatada injustificável recusa de vacinação no município de Orocó/PE, por parte da administração do município e do DSEI/PE, decorrente da realização de indevida distinção entre populações indígenas habitantes de terras homologadas e não homologadas;

CONSIDERANDO que os povos indígenas situados em territórios não homologados também se encontram em situação de vulnerabilidade, e que a referida omissão administrativa compromete, severamente, a saúde coletiva dos povos indígenas;

CONSIDERANDO que tal recusa administrativa afronta o que foi decidido pelo min. Luis Roberto Barroso, no âmbito da ADPF 709/DF, em 16 de março de 2021, a caracterizar possível ato de improbidade administrativa e crime de desobediência (art. 330 do Código Penal) pelos agentes públicos que lhe derem causa;

CONSIDERANDO que a 38ª Vara Federal da Subseção Judiciária de Serra Talhada/PE decidiu, em 10/5/2021, nos autos de n. 0800243-17.2021.4.05.8303, em ação proposta pelo Povo Pankararu da Aldeia Angico, que não deve ser feita qualquer distinção entre povos aldeados ou não, situados em terras homologadas ou não, para fins de vacinação prioritária de povos indígenas, uma vez que *“a qualidade de indígena, por si só, é suficiente para a concessão da prioridade de vacinação, não cabendo a nenhuma (sic) outro agente (judicial ou administrativo) rediscutir entendimento do C. STF”*;

CONSIDERANDO, por fim, que a Res. CNMP n. 164/2017 destaca que deve ser estimulada a autocomposição extrajudicial dos conflitos e controvérsias envolvendo os direitos de cuja defesa é incumbido o Ministério Público, sendo a recomendação um importante instrumento de redução da litigiosidade;

RESOLVE:

RECOMENDAR:

1) ao município de Orocó/PE, na pessoa do seu representante legal, GEORGE GUEBER CAVALCANTI NERY, que, no **prazo de até 20 (vinte) dias**, adote todas as medidas administrativas que lhe competem para promover a vacinação dos povos indígenas do município, **inclusive** aqueles que compõem o Povo Atikum Brígida, **sem realizar qualquer distinção** em relação ao fato de serem eles aldeados ou não ou habitarem terras homologadas ou não, tendo em vista o que decidido pelo min. Luís Roberto Barroso, no âmbito da ADPF 709/DF, em decisão de 16 de março de 2021;

2) ao DSEI/PE, na pessoa do seu coordenador, ANTONIO FERNANDO DA

SILVA, que, no **prazo de até 20 (vinte) dias**, adote todas as medidas administrativas que lhe competem para garantir a distribuição das doses necessárias e suficientes à vacinação prioritária de todo o Povo Atikum Brígida, do município de Orocó/PE, **sem realizar qualquer distinção** em relação ao fato de serem eles aldeados ou não ou habitarem terras homologadas ou não, tendo em vista o que decidido pelo min. Luís Roberto Barroso, no âmbito da ADPF 709/DF, em decisão de 16 de março de 2021; e

3) ao Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco, ANDRÉ LONGO, que, no **prazo de até 20 (vinte) dias**, adote todas as medidas administrativas que lhe competem para garantir a distribuição das doses necessárias e suficientes à vacinação prioritária de todo o Povo Atikum Brígida, do município de Orocó/PE, **sem realizar qualquer distinção** em relação ao fato de serem eles aldeados ou não ou habitarem terras homologadas ou não, tendo em vista o que decidido pelo min. Luís Roberto Barroso, no âmbito da ADPF 709/DF, em decisão de 16 de março de 2021.

Concede o prazo de **10 (dez) dias** para que informe se acatará ou não a recomendação.

Eficácia da recomendação e advertências legais: a presente recomendação tem por finalidade cientificar, formalmente, quanto a todas as questões e fundamentos aqui expostos, deixando claro, inclusive, que eventual descumprimento da decisão do STF na ADPF 709/DF poderá ensejar a adoção das providências legais e judiciais cabíveis por este **Ministério Público Federal**, seja em face do ente público, seja em face diretamente do gestor, caso reste demonstrada a prática de ato de improbidade administrativa.

Publique-se no *site* desta unidade do **Ministério Público Federal**, nos termos do art. 23, *caput*, parte final da Resolução CSMPPF n. 87/06.

Salgueiro, na data da assinatura eletrônica.

Assinado eletronicamente
Rodolfo Soares Ribeiro Lopes
 Procurador da República



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ FEDERAL DA 20ª VARA FEDERAL DA SUBSEÇÃO
JUDICIÁRIA DE SALGUEIRO/PE**

O **Ministério Público Federal**, instituição essencial à função jurisdicional do Estado à qual incumbe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais (art. 127, *caput* da Constituição) e que tem como funções institucionais, dentre outras, promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (art. 129, III), e defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas (art. 129, V), pelo procurador da República signatário, vem, a Vossa Excelência, propor **AÇÃO CIVIL PÚBLICA, com pedido de tutela provisória de urgência antecipada**, contra

UNIÃO FEDERAL, pessoa jurídica de direito público interno, representada pela Advocacia-Geral da União, por meio da Procuradoria Regional da União em Pernambuco, com endereço na Av. Herculano Bandeira, 716, Pina, Recife/PE; e

ESTADO DE PERNAMBUCO, pessoa jurídica de direito público interno, representado pela Procuradoria-Geral do Estado, com sede à Rua do Sol, 143, Santo Antônio, Recife/PE.

pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

1. DOS FATOS E DO OBJETO DA PRESENTE DEMANDA

Tramita, nesta Procuradoria da República no Município de Salgueiro, o Procedimento Administrativo n. 1.26.004.000053/2020-81, cujo objetivo é o de acompanhar a implementação de políticas governamentais a fim de serem amenizados os efeitos do isolamento social, decorrente da COVID-19, sofridos pelas Comunidades Quilombolas e pelas Comunidades Indígenas localizadas nos municípios da circunscrição do Ofício de Salgueiro.

O procedimento teve origem a partir de representação das Comunidades Quilombolas de Pernambuco, que pleiteavam, inicialmente, a liberação e a ampliação da oferta de cestas básicas para as Comunidades Quilombolas sob a atribuição da PRM Salgueiro.

No curso do procedimento, Comunidades Indígenas, por meio do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI-PE), também reivindicaram medidas protetivas destinadas ao seu grupo, indicando inúmeros serviços que consideravam urgentes para complementar as ações já adotadas pelo DSEI/PE. Além disso, foi protocolada uma representação pelo deputado federal Túlio Gadêlha com a finalidade de garantir o acesso dos povos das terras indígenas abrangidas na área de atribuição desta PRM ao auxílio emergencial da Lei n. 13.982/2020 e às medidas de proteção à pandemia de COVID-19.

Mais à frente, após solucionadas as questões referentes a cestas básicas e auxílio emergencial, surgiu, então a necessidade acompanhar o fornecimento de vacinas aos povos indígenas.

Nesse sentido, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) representou ao MPF informando que os indígenas da etnia Atikum, residentes na Agrovila Brígida, em Orocó/PE, totalizando 181 pessoas, **não foram beneficiados pelo DSEI/PE com a vacinação contra a COVID-19**, apenas sob o fundamento de não terem processo de demarcação finalizado pelo órgãos competentes.

Notificado o município de Orocó/PE sobre tal irregularidade, confirmou-se que a Aldeia Atikum Brígida se encontra em processo de reconhecimento pela FUNAI e, por essa razão, não foi contemplada com as vacinas contra a COVID-19 pelo Programa Nacional de Imunização, uma vez que as vacinas liberadas pelo DSEI/PE foram destinadas ao Povo Indígena Truká em Orocó/PE. Assim, os indígenas Atikum Brígida seriam vacinados de acordo com os grupos prioritários na lista do Ministério da Saúde.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

Diante dos fatos apurados, em **21/5/2021** o MPF expediu recomendação ao município de Orocó/PE, ao DSEI/PE e ao Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco, a fim de que adotassem todas as medidas administrativas nas suas áreas de competência no sentido de promover a imediata vacinação dos povos indígenas do município de Orocó/PE, **inclusive** aqueles que compõem o povo Atikum Brígida, sem realizar qualquer distinção, independentemente de serem ou não aldeados ou não habitarem terras homologadas.

No dia **24/5/2021**, foi noticiado, em matéria jornalística, que mesmo com a decisão do STF, proferida no âmbito da ADPF n. 709/DF, os indígenas da comunidade Atikum Brígida ainda não foram vacinados¹.

Ademais, vale destacar que o prazo concedido aos entes para resposta quanto ao acatamento da recomendação **findou na data de hoje, 2/6/2021, sem que tivessem enviado resposta tempestiva.**

Por conseguinte, a presente demanda tem como objetivo assegurar a vacinação prioritária dos indígenas da Comunidade Atikum Brígida, em Orocó/PE, contra a COVID-19, tendo em vista a omissão injustificada do poder público.

2. DA COMPETÊNCIA FEDERAL E DA LEGITIMIDADE ATIVA

A competência da Justiça Federal para processar e julgar a presente ação encontra amparo no art. 109, incisos I e XI da Constituição, porque a demanda trata de direitos indígenas na sua perspectiva coletiva e típica.

O **Ministério Público Federal** tem a função institucional de defesa judicial dos direitos dos povos indígenas, nos termos do art. 129, III e V da Constituição, do art. 6º, VII, "a", "b", "c" e "d", e XI, e art. 37, ambos da Lei Complementar n. 75/1993, razão pela qual possui ampla legitimidade para buscar a tutela judicial dos interesses em causa, bem como para a propositura da presente demanda, na forma do art. 5º, I da Lei n. 7.347/1985.

3. DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO E DO ESTADO DE PERNAMBUCO

A Lei n. 9.836/1999, que acrescentou o Capítulo V, arts. 19-A a 19-H, ao Título II à

¹ Disponível em: <https://marcozero.org/mesmo-com-decisao-do-stf-uniao-e-governo-de-pernambuco-nao-vacinaram-o-povo-atikum-brigida/>. Acesso em: 2/6/2021.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

Lei n. 8.080/1990, a qual criou o Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

O art. 19-C da Lei n. 8.080/1990 impõe que compete à União, com recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ao passo em que o art. 19-E possibilita aos Estados, Municípios e a outras instituições governamentais e não governamentais a atuação complementar no custeio e execução das ações.

Para concretizar esse atendimento diferenciado, o Subsistema de Saúde Indígena é organizado na forma de DSEIs, que devem contar com uma rede de serviços articulada com o Sistema Único de Saúde, para garantir assistência médica aos indígenas. Sendo assim, a prestação de serviços de assistência à saúde indígena é realizada por meio do Subsistema de Saúde Indígena (SiasiSUS) no âmbito do SUS.

Por sua vez, a Lei n. 12.314/2010 transferiu a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A prestação de serviços de assistência à saúde indígena é realizada, portanto, por meio do SiasiSUS no âmbito do SUS, sendo a SESAI um órgão do Ministério da Saúde criado para coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Siasi no SUS.

Assim, tendo em vista que o SiasiSUS é **financiado com recursos da União** (art. 19-C da Lei n. 8.080/1990, alterada pela Lei n. 9.836/1999) e que a SESAI e o DSEI/PE são centros de competência despersonalizados, integrantes da estrutura da União, **evidencia-se sua legitimidade para compor o polo passivo** da demanda.

A vacinação contra a COVID-19 é realizada de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, atualmente em sua 7ª versão ². Conforme as diretrizes do Plano, a aquisição dos imunizantes é realizada pela União, por meio do Ministério da Saúde, que os repassa aos Estados-Membros, incumbidos de repassar de forma proporcional aos Municípios e aos Distritos Sanitários.

A vacinação da população em geral é, portanto, realizada pelo SUS, ao passo que a dos indígenas é promovida, de modo especializado, pelo DSEI respectivo, por meio do SiasiSUS. Assim, uma vez que a União inclua a comunidade indígena no rol de prioritários para a vacinação

² Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>. Acesso em: 2/6/2021.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

contra a COVID-19 e os cadastre no SiasisUS, **será atribuição do Estado de Pernambuco, a partir do recebimento dos imunizantes disponibilizados pelo Governo Federal, encaminhar ao DSEI/PE o quantitativo de doses necessárias** para a vacinação dos indígenas que compõem a Comunidade Atikum.

Desta feita, fica **evidenciada a legitimidade do Estado de Pernambuco** para compor o polo passivo da presente demanda.

4. DO DIREITO

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, III da Constituição).

A Constituição conferiu especial proteção aos direitos indígenas, sem fazer qualquer distinção entre os que habitam terras indígenas já demarcadas e homologadas e aqueles que vivem em comunidades fora dos territórios protegidos, sendo bastante que se trate de indígenas **vivendo de modo tradicional** para que se reconheça a terra como indígena para todos os efeitos daí decorrentes, destacadamente para uma política pública especial, que tenha como base a priorização de vacinação de comunidades tradicionais.

É, portanto, o modo tradicional de viver, de fazer e de criar que caracteriza os povos e comunidades tradicionais, independentemente do título ou do *status* da terra onde vivam. Tal entendimento encontra-se assentado nos arts. 231 e 232 da Constituição, os quais reconhecem o direito originário dos indígenas à organização social, costumes e tradições, à posse permanente sobre as terras por eles tradicionalmente ocupadas, o usufruto exclusivo de suas riquezas e o direito de ingressarem em juízo para defesa de seus interesses, dentre outros.

Por sua vez, a **Convenção OIT n. 169** sobre os Povos Indígenas e Tribais dispõe, em seu art. 2º, que os governos deverão assumir a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade.

Embora a terra ocupada pelos indígenas da Comunidade Atikum Brígida não seja, *oficialmente*, Terra Indígena ou área de reserva, a comunidade **existe e vive de modo tradicional**, como exige a Constituição.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

É importante destacar, para fins de registro histórico, que, com a invasão das águas do Rio São Francisco e a posterior construção da usina de Itaparica, os Atikum foram reassentados em agrovilas do Projeto Brígida da Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF), local em que a comunidade formou a aldeia onde vivem 118 famílias.

Além disso, os indígenas da comunidade são, efetivamente, reconhecidos pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), constando no *site* da fundação pública federal **como uma das “Terras indígenas do Baixo São Francisco”**³, sendo, inclusive, atendida pela Coordenação Técnica Local (CTL) de Cabrobó – CR Baixo São Francisco.

A assistência à comunidade por parte da FUNAI também pode ser confirmada por meio de reportagem extraída do seu próprio *site*, na qual se verifica a entrega de cestas básicas à comunidade Atikum.⁴

Neste passo, a **Lei n. 14.021/2020**, que dispõe sobre as medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas, impõe, em seu art. 1º, §1º, I a III, que serão abrangidos pelas suas disposições, dentre outros grupos, os indígenas isolados e de recente contato, indígenas aldeados e indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais. Ainda, consta do seu art. 2º a determinação de que os povos indígenas serão considerados como grupos em situação de extrema vulnerabilidade e, portanto, de alto risco e destinatários de ações relacionadas ao enfrentamento de emergências epidêmicas e pandêmicas.

Importante destacar, ademais, que, no âmbito da **ADPF n. 709/DF**, especificamente em relação ao pedido de garantia de vacinação, no dia 16 de março de 2021, o Ministro Luís Roberto Barroso **proferiu nova decisão cautelar e determinou prioridade na vacinação dos povos indígenas localizados em terras não homologadas**, conforme os critérios utilizados pelo próprio Plano Nacional de Vacinação (maior vulnerabilidade epidemiológica, modo de vida coletivo e dificuldade de atendimento de saúde *in loco*).

Naquela ocasião, destacou-se o que segue:

V. PEDIDO DE ADITAMENTO À INICIAL: VACINAÇÃO PRIORITÁRIA

13. No que se refere ao pedido de aditamento à inicial, por meio do qual se requer seja assegurada prioridade na vacinação também aos povos indígenas de terras não

³ Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/terras-indigenas-baixo-sao-francisco>. Acesso em: 2/6/2021.

⁴ Disponível em: <http://funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/6163-indigenas-e-quilombolas-de-pe-recebem-mais-de-30-mil-cestas-de-alimentos>. Acesso em: 2/6/2021.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

homologadas e urbanos, em condições de igualdade com os demais povos indígenas, recebo o requerimento como simples petição. Entendo que sequer é o caso de postular aditamento à inicial. Isso porque um dos objetos da ação é a elaboração de um Plano Geral de Enfrentamento à COVID-19 contendo medidas concretas e articuladas de enfrentamento à pandemia.

14. Não há providência mais essencial e inerente a tal objeto do que a vacinação. A despeito da resistência manifestada pela União quanto ao pedido, o próprio Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (Plano Nacional de Vacinação, 2. ed.) contempla o atendimento de povos indígenas situados em terras não homologadas e esclarece que o faz em cumprimento à medida cautelar proferida na presente ação. Não há dúvida, portanto, de que a vacinação está abrangida em seu objeto. Confira-se:

“2) População Indígena que vive em Terras Indígenas homologadas e **não homologadas**, com mais de 18 anos, assistida pelo SASISUS (dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em novembro de 2020). **Em razão da medida cautelar Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709, foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras não homologadas durante o período de pandemia.**” (p. 23, nota 1, grifou-se).

(...)

18. Como já esclarecido em decisão cautelar proferida por este Relator e homologada pelo Plenário, *que a FUNAI deveria conhecer e cumprir*, o critério fundamental para o reconhecimento dos povos indígenas é a **autodeclaração**. A presença ou não em território homologado é irrelevante e foi afastada pela decisão como elemento de identificação. Veja-se trecho da decisão:

“É inaceitável a postura da União com relação aos povos indígenas aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas. **A identidade de um grupo como povo indígena é, em primeiro lugar, uma questão sujeita ao autorreconhecimento pelos membros do próprio grupo. Ela não depende da homologação do direito à terra. Ao contrário, antecede o reconhecimento de tal direito.**” (Grifou-se)

A pandemia permanece em uma de suas fases mais graves no Brasil, já tendo atingido a marca de mais de quatrocentos e sessenta mil mortos desde o início da pandemia no país. Nesse sentido, há estudos, inclusive da Fiocruz e do Butantan, que demonstram a proteção conferida pelas vacinas contra as novas variantes da COVID-19 que vêm sendo identificadas no país⁵.

Portanto, não se deve imputar àquele que integra uma comunidade indígena o ônus de comprovar a existência de barreiras de acesso ao SUS, visto ser responsabilidade dos órgãos

⁵ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacina-de-oxford-protege-contra-variante-brasileirada-covid-19>; <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2021-03/butantan-diz-que-coronavac-e-eficaz-contra-variantes-do-coronavirus> e <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2021-03/butantan-diz-que-coronavac-e-eficaz-contra-variantes-do-coronavirus>. Acesso em: 2/6/2021.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

públicos a criação de estratégias para identificar eventuais e garantir a assistência à saúde e a inclusão no grupo prioritário de vacinação.

Entretanto, o município de Orocó/PE informou que, uma vez que ainda não há o **reconhecimento formal** da comunidade Atikum Brígida, os indígenas nela residentes **não serão contemplados com a vacina**. O fundamento, a toda evidência, reduz a condição étnica da comunidade ao fato de não possuírem terras formalmente demarcadas pelo ente estatal, o que vai **de encontro** aos direitos fundamentais protegidos pela Constituição, pela convenção da OIT e pelas por normas infraconstitucionais, além de menoscabar a decisão proferida pelo Ministro Luís Roberto Barroso, em 16/3/2021, no âmbito ADPF n. 709/DF.

Em se tratando de demarcação de terras, o MPF, por meio de sua 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (6ª CCR), editou a **Nota Técnica n. 02/2018**, que trata, dentre outros assuntos, sobre a referida questão indígena, nos termos da qual:

(...) A demarcação de terras indígenas é ato meramente declaratório, inexistindo discricionariedade do administrador. Nessa seara, metodologia de identificação da terra indígena é a propriamente antropológica, pela qual são demonstrados concretamente os pressupostos constitucionais configuradores da tradicionalidade da área (...).

Isto porque, em que pese o território ainda não esteja demarcado, nos termos do que foi citado na Nota Técnica, a demarcação é ato **meramente declaratório**, uma vez que deve ser levado em consideração o que determina o art. 231 da Constituição, que reconhece, de forma explícita e inequívoca, o direito **originário** dos povos indígenas à posse das terras por eles tradicionalmente ocupadas.

Por todo o exposto, é **imprescindível** a inclusão, com a urgência que o caso demanda, no rol prioritário de vacinação contra a COVID-19, dos indígenas que vivam de modo tradicional, **ainda que** fora de territórios protegidos oficialmente, ou seja, **independentemente** da existência de demarcação, sendo irrelevante o *status* territorial.

Nesse mesmo sentido, vale destacar que, em decisão recente, proferida nos autos do processo de n. **0800243-17.2021.4.05.8303**, que tramita na 38ª Vara Federal da Subseção Judiciária de Serra Talhada, o Juízo determinou, em sede de tutela de urgência, a vacinação dos indígenas pela sua extrema vulnerabilidade. Veja-se:

Vê-se, pois, que a Comunidade Indígena autora é considerada de extrema vulnerabilidade, cabendo a imunização de forma prioritária, segundo o



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

entendimento que se pode extrair da disposição normativa citada.

Ademais, como bem apontado pelos autores e pelo MPF, no âmbito da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 709, especificamente em relação ao pedido de garantia de vacinação, no dia 16 de março de 2021, o Ministro Roberto Barroso proferiu nova decisão cautelar e determinou prioridade na vacinação dos povos indígenas localizados em terras não homologadas. Ou seja, o Min. parece ter reconhecido em sua decisão que a qualidade de indígena, por si só, é suficiente para a concessão da prioridade de vacinação. não cabendo a nenhuma outro agente (judicial ou administrativo) rediscutir entendimento do C. STF.

A matéria, assim, não possui qualquer complexidade jurídica que enseje grandes divagações. A lei estabeleceu em abstrato seus mandamentos e o judiciário já pacificou as controvérsias que poderiam surgir no tema específico em análise. Enfim: indígenas, aldeados ou não, possuem prioridade, se não por questões técnicas – o que neste caso apenas se admite a título de argumentação -, por questões de decisões políticas, corporificadas na norma analisada.

Como bem salientado por aquele Juízo, a questão **não possui complexidade jurídica e não demanda maiores discussões**, uma vez que, conforme já citado, no curso da ADPF n. 709/DF, o STF reconheceu a vulnerabilidade das comunidades indígenas e determinou que a FUNAI deveria conhecer que o critério fundamental para o reconhecimento dos povos indígenas é a autodeclaração, não sendo relevante, como elemento de identificação, a presença ou não em território homologado.

Diante disso, cabe à União e ao Estado de Pernambuco a garantia da vacinação de todos os povos que se situem sob a área de abrangência desta Subseção Judiciária, estejam eles aldeados em terras indígenas já regularizadas, em terras não regularizadas ou mesmo aqueles não aldeados residentes em zonas urbanas.

5. DOS PEDIDOS

5.1. Do pedido de tutela provisória de urgência antecipada

A **fumaça do bom direito** (*fumus boni iuris*) ficou demonstrada nas razões de fato e de Direito até então expostas, e, ainda, com base nos elementos de convicção anexados à presente petição.

Quanto ao **perigo da demora** (*periculum in mora*), considerando o grave cenário pandêmico enfrentado pelo Brasil, e o impacto da COVID-19 sobre os povos indígenas, em razão de sua maior vulnerabilidade, notadamente pela precariedade da saúde local, o que agrava o risco de contágio e, por consequência, eleva as chances de óbito dos indígenas que compõem a Comunidade



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA POLO SALGUEIRO/OURICURI
2º OFÍCIO

Atikum Brígida, a negativa do pedido de natureza antecipada veiculado na presente demanda **poderá causar danos irreversíveis à comunidade.**

Presentes, portanto, os requisitos legais, requer o **Ministério Público Federal** a concessão da tutela provisória de urgência antecipada, com base nos arts. 300 e ss. do Código de Processo Civil (CPC) e 12 da Lei n. 7.347/1985, a fim de que:

1) a União (Ministério da Saúde), no **prazo de até 48 horas**, forneça as doses de imunizantes necessárias à vacinação prioritária de todos os membros da Comunidade Atikum Brígida, localizada no município de Orocó/PE, e as repasse ao Estado de Pernambuco, que, por sua vez, deverá, **no prazo sucessivo de 24 horas**, encaminhá-las ao DSEI/PE, para que este, **no prazo sucessivo de 24 horas**, realize a vacinação da comunidade, sob pena de multa diária, para cada um dos entes demandados, no valor R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais);

2) seja ministrada à comunidade a segunda dose da vacina, no intervalo de tempo indicado pelo respectivo laboratório fabricante do imunizante, nos mesmos termos do pedido anterior, com o termo *a quo* do prazo para que o Ministério da Saúde forneça as doses ao Estado de PE iniciando-se 96 horas da data da segunda dose, de modo a que todos os coobrigados possam cumprir com suas funções a tempo.

5.2. Do pedido principal

Diante do exposto, o **Ministério Público Federal**, pelo procurador da República signatário, **requer**, após a concessão da tutela de urgência, o devido processamento desta Ação, na forma da lei, especialmente:

a) a **citação** da União e do Estado de Pernambuco, para, querendo, contestarem a presente ação, sob pena de revelia;

b) a **confirmação da tutela provisória de urgência** pleiteada;

c) o **julgamento antecipado do mérito**, nos termos do art. 355, I do CPC, a fim de que sejam condenados:

c.1) a **União** e o **Estado de Pernambuco** a providenciarem, independentemente de novo pronunciamento judicial, a vacinação contra a COVID-19, de **toda e qualquer** comunidade indígena que viva de modo tradicional no âmbito da área desta Subseção Judiciária, **independentemente** do título ou do *status* da terra onde esteja instalada, sob pena de multa diária



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Excelentíssima(o) Juíza(iz) Federal da ____ Vara da Seção Judiciária do Estado do Acre

Procedimento Administrativo MPF n. 1.10.000.000062/2021-52

“Todos precisam despertar. Se, durante um tempo, éramos nós, os povos indígenas, que estávamos ameaçados de ruptura ou da extinção dos sentidos das nossas vidas, hoje estamos todos diante da iminência de a terra não suportar a nossa demanda.

Tomara que, depois de tudo isso, não voltemos à chamada ‘normalidade’, pois se voltarmos é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas no mundo inteiro. Aí, sim, teremos provado de que a humanidade é uma mentira”

(Ailton Krenak)

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, com fundamento nos artigos 127, 129, incisos III e V, da Constituição Federal e no artigo 5º da Lei n. 7.347/85, propõe

AÇÃO CIVIL PÚBLICA
COM PEDIDO DE MEDIDA LIMINAR

em desfavor da **UNIÃO**, pessoa jurídica de direito público interno, representada judicialmente pela Procuradoria da União, com sede na Rua Rui Barbosa n. 142, 2º andar, Centro, em Rio Branco (AC), e do **ESTADO DO ACRE**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita junto ao CNPJ sob o n. 63.606.479/0001-24, a ser citado na Procuradoria-Geral do Estado, situada na Avenida Getúlio Vargas, n. 2852, em Rio Branco (AC), pelos seguintes fatos e fundamentos.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

1. Objeto da demanda

A presente ação civil pública busca a inclusão dos indígenas residentes em locais não-aldeados ou em núcleos urbanos no Estado do Acre no rol prioritário de vacinação contra a COVID-19, de acordo com a decisão cautelar prolatada pelo STF na ADPF 709.

Espera-se, assim, garantir o direito à vida e à saúde das populações indígenas acreanas, independente do local em que escolham para se estabelecer.

2. Os fatos

O procedimento extrajudicial n. 1.10.000.000062/2021-52 foi instaurado de ofício no MPF para apurar a regularidade da assistência à saúde indígena por parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus (DSEI-ARP), 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 em Rio Branco.

Os órgãos competentes oferecem tratamento desigual aos indígenas residentes em locais não-aldeados ou localizados em núcleos urbanos no Acre, e não prestam assistência à saúde dos indígenas desaldeados, sob a alegação de que, ao residir em área urbana, as famílias indígenas receberiam todos os atendimentos de saúde e de assistência social, sendo necessário atendimento em duplicidade.

Nesse prisma, a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI informou que o DSEI Alto Rio Purus presta assistência à saúde aos indígenas aldeados em suas terras indígenas ou que são encaminhados à rede SUS de Rio Branco, que estão cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Portanto, os indígenas em contexto urbano não recebem a referida assistência indigenista à saúde e tampouco estão cadastrados no SIASI (OFÍCIO n. 289/2021/ARP/DSEI/SESAI/MS).

No âmbito da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 709, em decisão



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

cautelar proferida no dia 08/07/2020¹, referendada pelo Pleno, o Ministro Roberto Barroso determinou, dentre outras medidas, a extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos aldeados situados em terras não homologadas e aos povos indígenas não aldeados, quando verificada barreira de acesso ao SUS. Asseverou, ainda:

51. No mesmo sentido, povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos que todo e qualquer povo indígena. O fato de se localizarem em área urbana pode se dever: (i) ao avanço das cidades, (ii) à necessidade de deslocamento de lideranças, (iii) à busca de escolas ou de empregos, entre outros. A mera residência em área urbana não torna o indígena aculturado, tampouco implica a inexistência de necessidades, cultura e costumes particulares.

Na ocasião, consignou-se que deveria constar do Plano de Enfrentamento elaborado pelo Governo as condições para a expansão integral do atendimento acima mencionado, ressaltando que, caso não se chegasse a um consenso e ausente qualquer outra solução, haveria intervenção judicial no caso.

Especificamente em relação ao pedido de garantia de vacinação, no dia 16 de março de 2021, o Ministro Roberto Barroso proferiu nova decisão cautelar e determinou que se assegure prioridade na vacinação aos povos indígenas localizados em terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS². Destacou que:

16. Os mesmos critérios utilizados pelo Plano Nacional de Vacinação - maior vulnerabilidade epidemiológica, modo de vida coletivo e dificuldade de atendimento de saúde in loco - aplicam-se, ainda, aos indígenas urbanos que não dispõem de acesso ao SUS. Vale assinalar que estudos referenciados pelos peritos do Juízo confirmam que também os indígenas urbanos apresentam maior vulnerabilidade epidemiológica (Nota Técnica de 12.02.2021, p. 12-16).

Acrescentou, ainda, que: “a não inclusão dos indígenas urbanos sem acesso ao SUS na prioridade poderia gerar deslocamentos em massa para as aldeias, na busca da vacina, agravando o risco de contágio dos indígenas aldeados. Portanto, com base nos mesmos critérios já eleitos pelo Plano Nacional de Vacinação, a prioridade na vacinação lhes deve ser

¹ Disponível em <<http://stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=174&dataPublicacaoDj=10/07/2020&incidente=5953034&codCapitulo=6&numMateria=107&codMateria=2>>

² Disponível em <<http://stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=51&dataPublicacaoDj=17/03/2021&incidente=5953034&codCapitulo=6&numMateria=48&codMateria=2>>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

estendida”.

Em atenção à determinação contida na medida cautelar da ADPF n. 709/2020, a SESAI expediu o OFÍCIO CIRCULAR n. 75/2020/COGASI/DASI/SESAI/MS (em anexo) e determinou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas a vacinação da população indígena que vive em terras homologadas e não-homologadas, mas **nada afirmou sobre a situação dos indígenas em contexto urbano.**

Da mesma forma, o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, em sua 3ª versão de 29 de janeiro de 2021, expressamente faz constar como grupo prioritário os "povos indígenas vivendo em terras indígenas", e nada estabelece sobre os indígenas residentes em locais não-aldeados ou localizados em núcleos urbanos.

Diante disso, a Defensoria Pública do Estado do Acre expediu a Recomendação n. 02, de 25 de fevereiro de 2021 (em anexo), para que o Governo do Estado, em conjunto com os Municípios e com o auxílio da FUNAI e dos DSEIs, realize a identificação dos indígenas não referenciados no SASI-SUS e que estão fora das terras indígenas demarcadas ou não, viabilizando, assim, a priorização de tais grupos no plano de vacinação contra a Covid-19.

No entanto, segundo informado em 13 de abril de 2021 pela defensora pública subscritora da referida recomendação, o governo do Estado e os municípios sequer responderam a recomendação (Certidão PR-AC-00004714/2021).

Além disso, em 14 de abril de 2021 a Coordenadora Nacional de Imunização do Acre afirmou que a vacinação dos indígenas em contexto urbano é de responsabilidade dos municípios e que o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação continua contemplando apenas os indígenas sob responsabilidade dos DSEIs (Certidão PR-AC-00004864/2021).

Por todo o exposto, revela-se imprescindível a inclusão no rol prioritário de vacinação contra a COVID-19 indígenas residentes em locais não-aldeados ou localizados em núcleos urbanos no Estado do Acre.



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO**

3. O direito

3.1. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos indígenas que vivem em contexto urbano

Existe um contingente significativo de indígenas que vive nos centros urbanos, os quais possuem inúmeras dificuldades em acessar os serviços de saúde.

Essas limitações podem ser de ordem cultural (dificuldade com a língua portuguesa), social, econômica (a maioria dos indígenas não possuem recursos nem condições de se locomoverem dentro da cidade) ou até mesmo discriminatória. O fato deles estarem na cidade já é, por si só, uma barreira.

O indígena que está na zona urbana faz parte do grupo vulnerável e a vacinação deve ser garantida a ele, sem a necessidade de comprovar sua dificuldade de acessar o SUS. O § 3º, do art. 19-G, da Lei n. 8.080/1990, dispõe que "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".

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) possui atribuição para coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, e sua integração ao SUS. De acordo com o Decreto n. 9.795/2019, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde:

Art. 40. À Secretaria Especial de Saúde Indígena compete:

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;**
- II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, e a sua integração ao SUS;**
- III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;**
- IV - 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**



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS , às 7 práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;

VI - **promover ações para o fortalecimento da participação social dos povos indígenas no SUS;**

Importante ressaltar que a Lei 14.021/2020, que dispôs sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas, previu que os povos indígenas serão considerados como grupos em situação de extrema vulnerabilidade, de alto risco e destinatários de ações relacionadas ao enfrentamento de emergências epidêmicas e pandêmicas (art. 2º). Detalhou, ainda, as populações abrangidas por suas disposições, entre elas os indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais:

Art. 1º. § 1º Estão abrangidos pelas disposições desta Lei:

I - indígenas isolados e de recente contato;

II - indígenas aldeados;

III - indígenas que vivem fora das terras indígenas, em áreas urbanas ou rurais;

IV - povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória;

[...]

Consta, ainda, no art. 8º da lei acima mencionada:

Art. 8º O atendimento de saúde aos indígenas residentes fora das terras indígenas e àqueles povos e grupos de indígenas que se encontram no País em situação de migração ou de mobilidade transnacional provisória será feito diretamente pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com as devidas adaptações na estrutura, respeitadas as especificidades culturais e sociais dos povos e observado o disposto nos §§ 1º-A , 1º-B , 2º e 3º do art. 19-G da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 , com exceção daqueles de aldeias ou comunidades indígenas localizadas nas áreas urbanas, para os quais o atendimento será articulado pela União com o apoio da rede do SUS.

Assim, não se deve imputar ao indígena o ônus de comprovar a existência de barreiras de acesso ao SUS, pois é responsabilidade dos órgãos públicos criar as estratégias para



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

identificar essas barreiras e garantir a assistência à saúde e a inclusão no grupo prioritário de vacinação.

3.2. A igualdade de direitos entre indígenas aldeados e não aldeados. Autoidentificação como critério fundamental para reconhecimento da identidade étnica do grupo³

Trinta anos depois de promulgada a Constituição Federal de 1988, não se coloca mais em dúvida que o Estado nacional é pluriétnico e multicultural, e que todo o direito, em sua elaboração e aplicação, tem esse marco como referência inafastável.

Esta compreensão está reforçada por vários documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário, com destaque para a Convenção 169, da OIT, a Convenção sobre a Proteção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais e, mais recentemente, a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas.

A noção central é a de que, no seio da comunidade nacional, há grupos portadores de identidades específicas e que cabe ao direito assegurar-lhes “o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico, e manter e fortalecer suas entidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos Estados onde moram” (Preâmbulo da Convenção 169 da OIT).

Rompe-se com o conhecimento caracterizado pelo logocentrismo, pela semelhança, pela adequação, pela unidade, que inicialmente são questionados por Nietzsche, que o vê como desconhecimento, na medida em que, ao esquematizar, ao assimilar as coisas entre si, ignora as diferenças e cumpre seu papel sem nenhum fundamento na verdade.

Seguem-se Heidegger, Adorno, Foucault, Derrida, a denunciar a colonização da diferença pelo sempre igual e pelo homogêneo e anunciam o reino do fragmento contra a totalização, do descontínuo e do múltiplo contra as grandes narrativas e as grandes sínteses.

³ Este tópico incorpora importantes passagens dos artigos [“O direito sob o marco da pluriétnicidade/multiculturalidade”](#) e [“A Convenção n. 169 da OIT e o direito à consulta prévia, livre e informada”](#) da Subprocuradora-Geral da República aposentada Deborah Macedo Duprat de Britto Pereira.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Compreendeu-se que o Direito nunca foi cego à qualidade e às competências das pessoas. Ao contrário, operava com classificações, com elementos binários: homem x mulher; adulto x criança/idoso; branco x indígenas/pretos/pardos; proprietário x despossuído; são x doente.

Ao primeiro elemento dessas equações, imprimia-se um valor positivo; ao segundo, negativo. A incapacidade relativa da mulher e a tutela dos índios são alguns dos emblemas desse modelo. Assim, o sujeito de direito, aparentemente abstrato e intercambiável, tinha, na verdade, cara: era masculino, adulto, branco, proprietário e são. Os vários movimentos reivindicatórios (feministas, negro, LGBTQIA+) revelam a face hegemônica do Direito e se põem em luta para alterá-lo.

O quadro atual, resultado de todo esse processo, é de um Direito que, de um lado, abandona a visão atomista do indivíduo e o reconhece como portador de identidades complexas e multifacetadas. De outro, recupera o espaço comum onde são vividas as suas relações definitórias mais importantes.

A Constituição de 1988 passa a falar não só em direitos coletivos, mas também em espaços de pertencimento, em territórios, com configuração em tudo distinta da propriedade privada. Esta, de natureza individual, com o viés da apropriação econômica. Aqueles, como locus étnico e cultural. O seu art. 216, ainda que não explicitamente, descreve-os como espaços onde os diversos grupos formadores da sociedade nacional têm modos próprios de expressão e de criar, fazer e viver (incisos I e II).

É interessante observar, neste ponto, a identidade entre a formulação constitucional e a de Ludwig Wittgenstein. Este defende que o significado de uma palavra decorre do uso de que dela se faz e que os jogos de linguagem e as formas de vida são extremamente variados. Daí por que a linguagem é convencional e diferente nas distintas culturas. Diz ele: “Na linguagem os homens estão de acordo. Não é um acordo sobre as opiniões, mas sobre o modo de vida. Para uma compreensão por meio da linguagem, é preciso não apenas um acordo sobre as definições, mas (por estranho que pareça) um acordo sobre os juízos.”⁴

4 WITTGENSTEIN, Ludwig. *Investigaciones filosóficas*. México: UNAM, 1988, p. 94.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

A Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho disciplina nova relação entre Estado e os povos indígenas e comunidades tradicionais. Essa circunstância é facilmente identificada se confrontada com o texto normativo que lhe é anterior e que é por ela expressamente revogado: a Convenção n. 107 da mesma OIT. Enquanto esse último documento consignava como propósito a assimilação de minorias étnicas à sociedade nacional, o presente, já em seu preâmbulo, evidencia a ruptura com o modelo anterior. Está expresso em seu texto:

Considerando que a evolução do direito internacional desde 1957 e as mudanças sobrevindas na situação dos povos indígenas e tribais em todas as regiões do mundo fazem com que seja aconselhável adotar novas normas internacionais nesse assunto, a fim de se eliminar a orientação para a assimilação das normas anteriores;

Reconhecendo as aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico, e manter e fortalecer suas identidades, línguas, religiões, dentro do âmbito dos Estados onde moram [...].

A base da Convenção é a universalidade dos direitos humanos: os povos indígenas e tribais deverão gozar plenamente dos direitos humanos e liberdades fundamentais, sem obstáculos nem discriminação. A vulnerabilidade histórica dos povos indígenas, submetidos a práticas coloniais brutais, fez com que a Convenção exigisse que o Estado adote as medidas especiais que sejam necessárias para salvaguardar as pessoas, as instituições, os bens, as culturas e o meio ambiente dos povos interessados.

Tais medidas especiais não deverão ser contrárias aos desejos dos próprios povos interessados. Por isso, os Estados devem proteger os valores e práticas sociais, culturais, religiosas e espirituais próprios dos povos indígenas, sempre com a participação e consulta aos povos interessados.

Com isso, não é necessária a manutenção de um isolamento forçado dessas comunidades de modo a impedir seu acesso a bens e utilidades da vida moderna para que só assim sejam reconhecidos como índios. Soa até como um clichê, mas o indígena não deixa de ser índio por usar calça jeans, telefone celular, estudar em Universidade ou morar em área urbana. Também não é imprescindível, para ser indígena, que suas terras sejam demarcadas. O que define o indígena é seu autorreconhecimento como tal e sua ligação aos costumes, crenças



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

e tradições. É o pertencimento a um grupo culturalmente diferenciado e não a utilização indispensável de tangas, arco e flecha.

A noção de que o índio “urbanizado” fosse menos índio que os demais é uma clara visão edílica do bom selvagem, visão esta abandonada pela Constituição Federal de 1988 e pela Convenção 169 da OIT.

Logo, é pressuposto para previsão, planejamento e execução de qualquer política pública em relação aos povos indígenas que se adote os critérios normativos de identificação indígena, sem acréscimo de outros com indevido conteúdo discriminatório.

Importante esclarecer que a maioria dos índios desaldeados se encontram nessa situação, na maioria das vezes, não por opção, mas em razão de terem sido expulsos de suas terras por invasores (grileiros, madeireiros, garimpeiros, Cortes européias, Estado brasileiro, etc.), por insegurança econômica, ausência ou precariedade de serviços básicos como saúde e educação ou até mesmo para estudar e/ou trabalhar. Portanto, necessitam de amparo estatal diferenciado do não índio, direito esse que já teve reconhecimento na jurisprudência. Veja:

PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. LEGITIMIDADE ATIVA. INDÍGENAS. SAÚDE. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO. - É cabível o ajuizamento de ação civil pública para a defesa de quaisquer direitos individuais homogêneos socialmente relevantes. - O Ministério Público é parte ativa legítima para a ação, pois seu objeto não é a defesa de apenas um indígena, mas a prestação da devida assistência odontológica a todo indígena, residente ou não na aldeia. - Ao garantir aos indígenas tratamento médico especializado, a lei não faz qualquer distinção, nem prevê exclusão da assistência à saúde pela FUNASA, de forma que o direito de serem atendidos por aquele órgão independe de estarem aldeados ou não. - Onde o legislador não restringiu não cabe ao intérprete restringir e deve-se dar às normas garantidoras de direitos fundamentais a maior aplicabilidade possível. - Cabe ao poder público a tutela das comunidades indígenas, assegurando-lhes o direito à vida saudável. - Prequestionamento quanto à legislação invocada estabelecido pelas razões de decidir. - Apelação improvida. (TRF4, AC 200372020046165, Rel. José Paulo Baltazar Junior, DJ de 05/04/2006)

No mesmo sentido decidiu o STJ:



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PROTEÇÃO DOS ÍNDIOS. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM. INTERPRETAÇÃO DE NORMAS DE PROTEÇÃO DE SUJEITOS HIPERVULNERÁVEIS E DE BENS INDISPONÍVEIS. LEI 8.080/90 E DECRETO FEDERAL 3.156/99. SÚMULA 126/STJ. ART. 461 DO CPC. MULTA CONTRA FAZENDA PÚBLICA. POSSIBILIDADE.

1. O Ministério Público Federal propôs Ação Civil Pública contra a União e a Funasa, objetivando garantir o acesso dos indígenas que não residem na Aldeia Xapecó à assistência médico-odontológica prestada na localidade, tendo obtido êxito na instância ordinária.

2. In casu, a prestação jurisdicional não beneficia apenas um índio ou alguns índios em particular, mas todos os que se encontrem na mesma situação que ensejou a propositura da Ação Civil Pública pelo Ministério Público.

3. No campo da proteção da saúde e dos índios, a legitimidade do Ministério Público para propor Ação Civil Pública é - e deve ser - a mais ampla possível, não derivando de fórmula matemática, em que, por critério quantitativo, se contam nos dedos as cabeças dos sujeitos especialmente tutelados. Nesse domínio, a justificativa para a vasta e generosa legitimação do Parquet é qualitativa, pois leva em consideração a natureza indisponível dos bens jurídicos salvaguardados e o status de hipervulnerabilidade dos sujeitos tutelados, consoante o disposto no art. 129, V, da Constituição, e no art. 6º da Lei Complementar 75/1993.

4. A Lei 8.080/1990 e o Decreto 3.156/1999 estabelecem, no âmbito do SUS, um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, financiado diretamente pela União e executado pela Funasa, que dá assistência aos índios em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, e sem discriminações.

5. Os apelos não comportam conhecimento no mérito, haja vista o acórdão recorrido estar fundamentado precipuamente nos arts. 5º, 196 e 231 da Constituição da República, não tendo sido interposto Recurso Extraordinário. Incidência da Súmula 126/STJ.

6. Mas mesmo que assim não fosse, a insurgência recursal não prospera, porquanto inexistente, na legislação pátria, respaldo para o critério excludente defendido pela União e pela Funasa - Fundação Nacional de Saúde.

7. O status de índio não depende do local em que se vive, já que, a ser diferente, estariam os indígenas ao desamparo, tão logo puséssem os pés fora de sua aldeia ou Reserva. Mostra-se ilegal e ilegítimo, pois, o discrimen utilizado pelos entes públicos na operacionalização do serviço de saúde, ou seja, a distinção entre índios aldeados e outros que vivam fora da Reserva. Na proteção dos vulneráveis e, com maior ênfase, dos hipervulneráveis, na qual o legislador não os distingue, descabe ao juiz fazê-lo, exceto se for para ampliar a extensão, o grau e os remédios em favor dos sujeitos especialmente amparados.

8. O atendimento de saúde - integral, gratuito, incondicional, oportuno e de qualidade - aos índios caracteriza-se como dever de Estado da mais alta prioridade, seja porque imposto, de forma expressa e inequívoca, pela lei (dever legal), seja porque procura impedir a repetição de trágico e esquecido capítulo da nossa história (dever moral), em que as doenças (ao lado da escravidão e do extermínio físico, em luta de conquista por território)



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

contribuíram decisivamente para o quase extermínio da população indígena brasileira.

9. É cabível a cominação da multa prevista no art. 461 do CPC contra a Fazenda Pública. Precedentes do STJ. 10. Recursos Especiais parcialmente conhecidos e não providos.

(STJ - REsp: 1064009 SC 2008/0122737-7, Relator: Ministro HERMAN BENJAMIN, Data de Julgamento: 04/08/2009, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 27/04/2011)

Portanto, verifica-se que a exclusão dos indígenas situados em contextos urbanos no Estado do Acre do rol prioritário de vacinação contra a COVID-19 na fase 01 da imunização é discriminação indevida, a ser corrigida pelo Poder Judiciário.

3.3. O direito à vacinação prioritária como direito à saúde e à vida. Teoria do impacto desproporcional e igualdade material

A saúde é um direito fundamental social (art. 6º, caput), pertencente a todos, e dever do Estado (art. 196). Tal direito possui intrínseca relação com a inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, caput) e com o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, em seu aspecto material, tendo em vista a necessidade de o Estado assegurar positivamente a prestação do serviço público em questão e viabilizar a execução dos projetos de vida de toda a coletividade.

Historicamente, os povos indígenas sempre estiveram mais vulneráveis biologicamente a viroses, em especial a infecções respiratórias. Estas doenças sempre apresentaram altos índices de mortalidade causados pelas doenças transmissíveis que contribuíram com a redução do número de indígenas que vivem no território brasileiro. Os efeitos da pandemia somam-se, portanto, às circunstâncias históricas que colocam esses grupos sempre próximas à linha da pobreza.

Não à toa, dados governamentais apontam para o fato de que as doenças do aparelho respiratório são a principal causa de mortalidade infantil na população indígena⁵. Para enfrentar tal cenário, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas destaca a importância de “divulgar, para a

⁵ SESAI, Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

população indígena, as informações sobre a doença e medidas de prevenção sobre a infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), inclusive por meio de materiais informativos”, respeitando-se a tradução intercultural da comunicação.

No mesmo sentido, estudo da Fiocruz destaca que “a hospitalização por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em populações indígenas apresenta um padrão de aumento em relação à série histórica”.⁶

Esse aumento fica melhor visualizado na figura abaixo, que “mostra o perfil sazonal de hospitalização por SRAG em indígenas no país. São dados dos últimos 10 anos registrados no SIVEP-Gripe. Observa-se uma tendência de sazonalidade com maior atividade no período de abril a junho. A exceção foi a epidemia de H1N1 em 2009. A curva de 2020 já demonstra um padrão de crescimento alto quando comparado às outras temporadas.”⁷

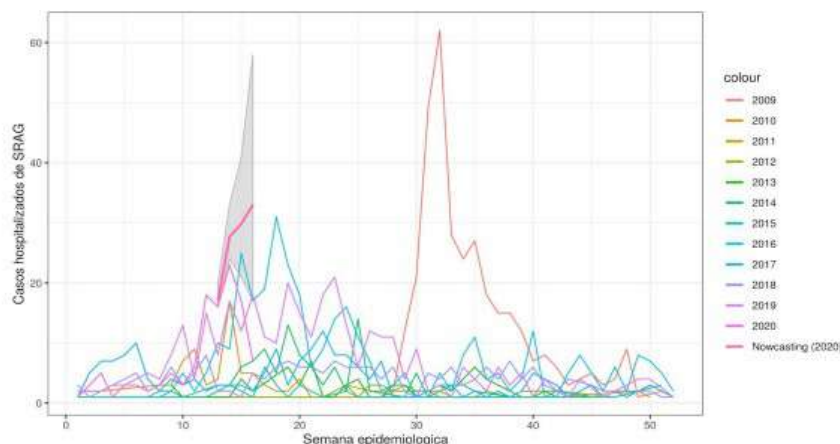


Figura 3. Número de hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave em indígenas por semana, no período de 2009 a 2020. A região cinza indica estimativa de casos corrigindo por atraso de notificação usando metodologia descrita em Bastos et al (2019) e utilizada no sistema Infogripe.

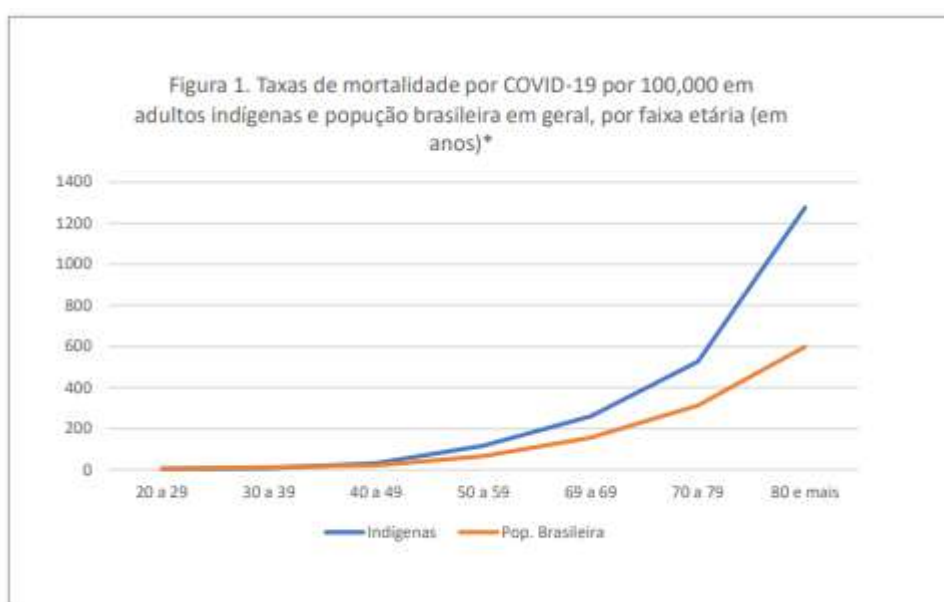
⁶FIOCRUZ. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Disponível em: <https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Relat%C3%B3rios%20t%C3%A9cnicos%20-%20COVID-19/procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200506-indigenas.pdf>

⁷FIOCRUZ. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Disponível em: <https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Relat%C3%B3rios%20t%C3%A9cnicos%20-%20COVID-19/procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200506-indigenas.pdf>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Os fatos comprovam o impacto desproporcional da pandemia sobre os povos indígenas no Brasil e especificamente no Estado do Acre. Os dados disponibilizados pela Sesai, em resposta à ADPF 709, evidenciam taxas de mortalidade por Covid-19 progressivamente mais elevadas na faixa etária a partir dos 50 anos nos indígenas em comparação à população geral (Figura abaixo).⁸ A mortalidade entre indígenas, dependendo da faixa etária, chega a ser até 150% maior do que a de não-indígenas.



Além da vulnerabilidade dos povos indígenas como um todo, há que se destacar o estado de invisibilidade institucionalizada em que vivem os indígenas não aldeados ou em contexto urbano. Estudo da FioCruz esclarece que:

Há evidências de que o volume da população indígena residente em áreas urbanas no Brasil, baseada em dados censitários, possa estar subestimado. Áreas metropolitanas da região Norte, como por exemplo Manaus e Belém, apresentaram em 2010, 6.878 e 3.341 indígenas, o que tem sido apontado como volumes demográficos por demais reduzidos considerando a marcante presença indígena nessas áreas do país. Uma explicação possível é que os indígenas dessas localidades, e sobretudo de outras regiões urbanas do país, tenham sido contados em outras categorias de cor ou raça, em particular “parda” (Bastos et al. 2017; Santos et al. 2019).

⁸FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

As áreas urbanas do país foram as primeiras a serem afetadas pela pandemia, de modo que a população indígena residente nessas regiões foi rapidamente afetada. Especificamente em relação à maior vulnerabilidade dos indígenas em contexto urbano estudo da FioCruz relata que:

Para melhor compreender o perfil da população residente nos municípios com maior probabilidade de epidemia de COVID-19, realizou-se estratificação da população total e da população indígena (total, urbana, rural e residente em TI) segundo três faixas de probabilidade de epidemia dos municípios de residência (Tabela 2). Nota-se que houve aumento de população indígena vivendo em municípios com alto risco imediato para COVID-19 em todas as regiões e nos estratos urbano ou rural, e nas TIs. Esse aumento foi mais expressivo nas regiões da Amazônia Legal (aumento de 59,5%) e Nordeste (aumento de 57,2%), sobretudo às custas do aumento da população em risco nas áreas rurais (Amazônia Legal: aumento de 70%; Nordeste: aumento de 67,9%). Na área urbana, as proporções de população indígena em municípios de alto risco para a epidemia superam 50% em todas as regiões, variando de 56% na Amazônia Legal, a 82%, no Sul-Sudeste.”⁹

Tabela 2: População total e população indígena (total, urbana, rural e residente em TI) segundo faixas de probabilidade de epidemia de COVID-19 do município e região de residência.

Região	Probabilidade de epidemia*	Popul. total	População indig. total	População indig. Urbana	População indig. rural	População indig. em TI
Amazônia Legal	<0,25	6.061.262	228.314	28.158	200.156	182.472
		32,1%	57,9%	41,5%	61,3%	62,0%
	0,25-0,50	672.620	7.768	1.711	6.057	6.071
		3,6%	2,0%	2,5%	1,9%	2,1%
	0,50-1,00	12.165.694	158.474	37.987	120.487	105.807
		64,4%	40,2%	56,0%	36,9%	35,9%

Ao analisar a tabela acima, verifica-se que a probabilidade de epidemia é maior na população indígena urbana do que na população indígena rural.

Destaque-se em especial o fato de que “em áreas urbanas, observou-se soroprevalências de anticorpos superiores em indígenas em comparação a outras categorias de

⁹FIOCRUZ. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Disponível em: <https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Relat%C3%B3rios%20t%C3%A9cnicos%20-%20COVID-19/procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200506-indigenas.pdf>



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

cor ou raça, em particular os brancos.”¹⁰

Em estudo epidemiológico realizado pela Universidade Federal de Pelotas, com uma amostra total de 89.397 pessoas entrevistadas e testadas para o Coronavírus, constatou-se que: **“Em relação à cor da pele autorrelatada, houve maior proporção com anticorpos entre as populações indígenas em comparação aos demais grupos étnicos. A população que se autodeclarou branca foi a que apresentou menor proporção de exposição ao vírus. Ressalte-se que o estudo não incluiu populações aldeadas.”**¹¹

Cor da pele	Testados	Positivos
Branca	32.383	372 (1,1%)
Parda	40.088	1237 (3,1%)
Preta	11.304	282 (2,5%)
Amarela	2.446	52 (2,1%)
Indígena *	1.219	66 (5,4%)

No Estado do Acre, sem prejuízo das subnotificações (cor da pele ‘ignorada’), já se registram 936 casos de indígenas confirmados com COVID-19:

GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFIRMADOS* DE COVID-19 POR COR DA PELE, ACRE, 2020/2021*



Fonte: Laboratório Charles Mérieux; LACEN- Acre; E-SUS VE (notifica.saude.gov.br)

*Dados parciais sujeitos à revisão/alteração

¹⁰ https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf

¹¹ http://epidemiio-ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=3128



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Com base em referidos estudos técnicos, verifica-se a necessidade da inclusão dos indígenas urbanos na fase 01 de vacinação prioritária, pois estão em situação de maior vulnerabilidade do que os demais brasileiros.

Nesta linha de ideias, a teoria do impacto desproporcional assenta que a aplicação pura e simples de uma norma aparentemente neutra no caso concreto contra grupos minoritários e historicamente marginalizados gera um efeito de reforço das desigualdades sociais existentes, de modo que, a despeito do dispositivo normativo em tese incidir uniformemente sobre todo o universo de pessoas abrangidas, seu desdobramento prático, dada a assimetria existencial destes grupos em relação ao coletivo socialmente majoritário, acarreta uma aplicação violadora da isonomia material, o que deixa os referidos grupos vulneráveis com seus direitos fundamentais desprotegidos.

Dessa forma, para eliminar este efeito perverso do impacto desproporcional, deve haver uma correção nos efeitos da norma incidente, seja por medidas legislativas, seja por interpretações prestigiadoras da igualdade material (ações afirmativas).

O cerne da ideia de ação afirmativa, tanto no campo da produção legislativa quanto no da interpretação e aplicação das normas postas, é a de distinguir para equalizar, e reconhecer, pelo direito à diferença, a necessidade de solução das distorções que o meio social provoca sobre a incidência normativa, combatendo a desigualação com uma discriminação positiva.

Nas palavras de Boaventura de Souza Santos:

temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental que declarou a constitucionalidade da política de cotas na universidade, encampou a referida teoria e assentou a idoneidade das ações afirmativas, sendo as premissas ali explicitadas integralmente aplicáveis na análise da aplicação de normas e institutos



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

jurídicos aos indígenas. Destaque-se o seguinte trecho do voto do relator:

A quarta e última premissa: políticas universalistas (i.e., desapegadas a aspectos raciais) de melhoria das condições econômico-sociais da população não são suficientes para combater a disparidade de índices de desenvolvimento humano entre brancos e negros no Brasil. É que a injustiça racial opera não apenas no campo da distribuição das riquezas produzidas em sociedade. Envolve também uma significativa dimensão de reconhecimento, essencialmente cultural ou simbólica. Os problemas de reconhecimento dizem respeito ao modo como determinados grupos são enxergados no contexto social, têm que ver com a sua identidade e auto-estima coletivas (cf. FRASER, Nancy. “Redistribuição, Reconhecimento e Participação: por uma concepção integrada da justiça”. In: Igualdade, Diferença e Direitos Humanos. SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia (Orgs.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, pp.188-212). (ADPF 186, Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Tribunal Pleno, julgado em 26/04/2012, ACÓRDÃO ELETRÔNICO Dje-205 DIVULG 17-10-2014 PUBLIC 20-10-2014).

Daí por que, segundo Daniel Sarmento, “para promover os direitos fundamentais dos afrodescendentes é necessário combater nestes dois fronts - distribuição e reconhecimento” (SARMENTO, Daniel. “A Igualdade Étnico-Racial no Direito Constitucional Brasileiro: Discriminação ‘De Facto’ Teoria do Impacto Desproporcional e Ação Afirmativa”. In: Livres e Iguais - Estudos de Direito Constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 141).

Isso requer a necessária conjugação de medidas universalistas e iniciativas racialmente conscientes para equalização das relações étnicas no Brasil. Não se trata de preferir uma estratégia a outra, mas sim de empregá-las concertadamente.

A partir das lentes teórico-dogmáticas acima expostas, vislumbra-se na situação ora sob análise uma manifestação de impacto desproporcional sobre os indígenas, e em especial no caso em tela, sobre os indígenas desaldeados ou em contexto urbano.

3.4. A inexistência de violação ao princípio da separação dos poderes - grave violação ao direito fundamental à saúde

A União (através da SESAI) tem excluído do rol prioritário de vacinação contra a COVID-19 os indígenas desaldeados ou que vivam no centro urbano por qualquer motivo. Tal exclusão



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

coloca em risco o direito fundamental à saúde e o reconhecimento das peculiaridades socioculturais dessas populações.

Nessas circunstâncias, encontra-se o direito fundamental à saúde em situação de intensa vulnerabilidade, de modo que não há espaço para se falar em discricionariedade do poder público. Esse é o entendimento também do E. TRF da 1ª Região:

CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. OMISSÃO DO PODER PÚBLICO. POLÍTICAS PÚBLICAS. SAÚDE INDÍGENA. LEI 8.080/90. POSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO. PRELIMINAR AFASTADA. DIREITOS FUNDAMENTAIS: VIDA, SAÚDE, SERVIÇOS PÚBLICOS. RESERVA DO FINANCEIRAMENTE POSSÍVEL. SEPARAÇÃO DOS PODERES. LIVRE CONVENCIMENTO DO JUÍZO NA APRECIACÃO DO CONJUNTO PROBATÓRIO. APELAÇÃO DESPROVIDA.

1. As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. Nesse sentido, não prospera a invocação da reserva do financeiramente possível para justificar excessiva mora no que tange à implementação de políticas públicas constitucionalmente definidas.

2. A demora excessiva e injustificada do poder público à realização de direitos fundamentais justifica a intervenção do Estado-juiz para impor obrigação de fazer, não se devendo falar, em violação do princípio da separação dos poderes.

3. A etnia Maxakali tem direito de acesso ao subsistema especializado de saúde indígena, em sua comunidade local, seja pela proteção constitucional dos índios seja pelas normas que protegem o subsistema de saúde indígena previstas na Lei 8.080/90.

4. Apelação desprovida.

(AC 0003587-38.2005.4.01.3800 / MG, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL FAGUNDES DE DEUS, QUINTA TURMA, e-DJF1 p.120 de 04/02/2011)

No mesmo sentido, confira-se outro julgado:

CONSTITUCIONAL. EMBARGOS INFRINGENTES. TURBAÇÃO DE TERRA INDÍGENA POR MADEIREIROS, GRILEIROS E GARIMPEIROS. AÇÃO CIVIL PÚBLICA PARA RETIRADA DOS INVASORES DAS ÁREAS INDÍGENAS ZORÓ E SURUI. NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA EM RAZÃO DA PRESENÇA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE CALAMITOSA: ATROFIA NUTRICIONAL, TURBECULOSE, NANISMO.

I - É cabível a oposição de embargos infringentes nos casos em que, no julgamento da apelação, é afastada a extinção do processo, sem resolução do mérito e, por ser a matéria eminentemente de direito e encontrando-se a causa devidamente instruída, é julgado o mérito da controvérsia, nos termos do art. 515, § 3º, do CPC.

II - Em princípio, não compete ao Poder Judiciário imiscuir-se no mérito administrativo, mas tão somente realizar o exame do ato administrativo



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

quanto aos aspectos da legalidade e da moralidade, cabendo à Administração Pública decidir sobre os critérios de conveniência e oportunidade.

III - Contudo, em certos casos, faz-se necessária uma atuação pronta e urgente do Poder Judiciário, quando a demora na atuação da administração pública puder resultar em dano irreparável ou de difícil reparação, especialmente em risco para a saúde e a integridade física da coletividade.

IV - Se é certo que as ações governamentais dependem de prévio planejamento e de previsão orçamentária, tal argumento não servir como justificativa para que a administração se afaste de suas atribuições constitucionalmente previstas de assegurar a saúde e a segurança, principalmente para aquela parcela da população mais carente e desassistida, como é o caso das comunidades indígenas.

V - Diante de uma situação de grave violação a direitos fundamentais consignados pela Constituição Federal, tais como o direito à vida (art. 5º, caput), à saúde (art. 196 e 200, II), à identidade cultural dos índios (art. 231) e à posse e usufruto de suas terras (231, § 1º), temos que a inércia estatal na proteção dos indígenas, tornando efetivas as imposições constitucionais, merece sim a intervenção do Poder Judiciário.

Precedentes.

VI - Embargos Infringentes aos quais se nega provimento.

(EAC 0045443-77.1998.4.01.0000 / RO, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL JIRAIR ARAM MEGUERIAN, TERCEIRA SEÇÃO, e-DJF1 p.5 de 08/02/2012)

O próprio Supremo Tribunal Federal, no RE 557.548 (Rel. Min. Celso de Mello), firmou entendimento de que entre proteger a inviolabilidade dos direitos à vida e à saúde, que se qualificam como direitos subjetivos inalienáveis assegurados a todos pela Constituição Federal, ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, compete ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana.

O caso, portanto, é de intensa e manifesta gravidade. Exige pronta resposta para evitar que o direito fundamental à saúde, em prejuízo inclusive à integridade cultural de povos indígenas, seja objeto de vulneração pela injustificável omissão da União, por meio da SESAI.

3.5. O direito dos desastres

O Juiz Federal da 2ª Vara Federal da Seção Judiciária do Acre, Herley da Luz Brasil, ao deferir pedido de tutela antecipada antecedente pleiteada pelo Estado do Acre (1002596-92.2020.4.01.3000) para autorizar a expedição de licença provisória de trabalho para médicos sem o registro no CRM-AC, mencionou a existência do Direito dos Desastres.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Segundo afirma, com fundamento na doutrina de Délton Carvalho e Fernanda Damacena, este sistema normativo específico promove a gestão de risco com as atuais etapas classificadas como ciclo dos desastres, que compreende: a prevenção e mitigação, resposta de emergência, compensação e reconstrução.

Incide exatamente nos eventos catastróficos, o que é o caso da pandemia do COVID-19, e *“deve garantir, dentre outras soluções, uma rápida atuação por parte das autoridades públicas, em especial para hipóteses não previstas no ordenamento jurídico (legalidade extraordinária), além de possibilitar a redução da vulnerabilidade futura.”*

Ante as incertezas inerentes à anormalidade da situação, o Direito deve ser capaz de atuar na prevenção e na precaução emergenciais propostas pelas autoridades públicas que se mostrem justificáveis e razoáveis.

A Juíza Federal da 1ª Vara Federal da Seção Judiciária do Acre, Francielle Martins Gomes Medeiros, também concedeu tutela provisória para que os indígenas do Acre tenham ampliados os prazos para saque de benefícios previdenciários e do auxílio emergencial, considerando a gravidade dos efeitos causados à saúde da população e ao sistema público de saúde pelo novo coronavírus, com notícias diárias dando conta da superlotação dos hospitais e postos de saúde, bem como da ausência de leitos de UTI para cuidar dos casos mais graves da infecção (Ação Civil Pública n. 1002997-91.2020.4.01.3000).

Afirmou que *“Acolher os pedidos dos autores não seria atuação indevida do Judiciário em políticas públicas, já que não redundaria em escolhas e alocação de recursos para outras áreas ou pessoas necessitadas, mas sim de reserva de recursos já contabilizados pela administração pública, para gozo futuro.”*

Da mesma forma, no caso concreto, o direito à saúde se reveste constitucionalmente de direito fundamental, previsto nos arts. 6º e 196, e exigem da União e do Estado do Acre que adotem medidas para proteção dos indígenas que residem em contextos urbanos.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Igualmente, ao deferir tutela de urgência para as correções no pagamento do auxílio emergencial às/aos cidadãos/os acreana/os, a juíza federal da 1ª Vara Federal da Seção Judiciária do Acre, Carolynne Souza de Macedo Oliveira, registrou que *“no que tange à afirmação de que haveria, no caso de deferimento do pleito ora em estudo - e de outros -, indevida intervenção judicial sobre o Poder Executivo, a tese não se sustenta. A uma, porque “não viola o princípio da separação dos poderes o controle de legalidade exercido pelo Poder Judiciário sobre os atos administrativos” (STF, 1ª Turma, AI 766094, Relator Dias Toffoli, pub. 18/02/2014), análise esta já realizada nos parágrafos antecedentes. A duas, porque a decisão que ora se profere - tanto com relação a este pedido, quanto aos demais - não amplia o público beneficiário do auxílio emergencial, mantendo-se hígidos os pressupostos elegidos pelo Poder Executivo e pelo Poder Legislativo, livremente. A delimitação de um prazo para análise dos requerimentos - ou de outros aprimoramentos -, aliás, tem o justo objetivo de fazer cumprir a vontade emanada por estes poderes, estando inserida em uma legítima atuação do sistema de freios e contrapesos dos poderes, enquanto instrumento para garantia da harmonia entre os poderes.”*

3.6. Decisões judiciais - casos similares

Há dois outros casos com decisão liminar favorável aos termos em que aqui se pleiteia:

a) Agravo de Instrumento n. 1009688-66.2021.4.01.0000 - 5ª Turma do **TRF1**:

Com estas considerações, defiro o pedido de antecipação da tutela recursal formulado na inicial, para determinar à União Federal a adoção das seguintes medidas requeridas pelo Ministério Público Federal:

- 1) promova, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, o cadastramento dos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí-MG, 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;
- 2) preste, por meio do DSEI-MG/ES e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, atendimento à saúde, de modo regular e efetivo, aos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí-MG, ainda que em contexto urbano;



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

3) 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, aos grupos indígenas dos povos Aranã Índio, Aranã Caboclo e Canoeiros, localizados nos municípios de Coronel Murta e Araçuaí/MG, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, respeitando-se os trâmites administrativos internos;

[...]

Brasília/DF., em 23 de março de 2021.

Desembargador Federal SOUZA PRUDENTE

Relator

b) Ação Civil Pública n. 1002443-23.2021.4.01.4100 - 1ª Vara Federal Cível de Rondônia:

Ante o exposto, defiro os pedidos formulados para determinar que:

I - a União:

a. promova, no prazo máximo de 10 (dez) dias o cadastramento de todos os indígenas localizados em áreas urbanas ou em contextos urbanos do estado de Rondônia no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com consequente distribuição do Cartão SUS a esses usuários;

b. após o cadastramento dos respectivos indígenas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), encaminhe imediatamente à Secretaria de Saúde do estado de Rondônia - SESAI e Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia - AGEVISA o quantitativo atualizado das doses de vacina contra a COVID-19 e

c. inclua na fase 01 da vacinação prioritária contra a COVID-19 todos indígenas localizados em áreas urbanas ou em contextos urbanos do Estado de Rondônia, por intermédio do DSEI/PVH e DSEI/Vilhena e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

II - ao estado de Rondônia:

a. assegure, por meio da Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia - SESAI e da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia - AGEVISA e tão logo disponíveis, o fornecimento de vacina contra a COVID-19, conforme quantitativo enviado pelo DSEI-PVH e DSEI-Vilhena, aos indígenas localizados em áreas urbanas ou em contextos urbanos do estado de Rondônia, garantindo-lhes a imunização prioritária ainda na fase 01.

[...]

Porto Velho-RO, data da assinatura eletrônica.

Grace Anny de Souza Monteiro

Juíza Federal Substituta

1ª Vara SJ/RO



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

4. Aspectos processuais

4.1. A legitimidade ativa do MPF e a competência da Justiça Federal do Estado do Acre

O MPF possui o dever de intervir em todos os atos processuais referentes à defesa de direitos e defesa dos povos indígenas (art. 232, CF), bem como legitimidade ativa para promover ação civil pública para zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição (art. 129, incisos II e III, CF).

Além disso, a Lei Complementar n. 75/1993, que dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União, estabelece o seguinte:

Art. 37. O Ministério Público Federal exercerá as suas funções:
(...)

II - nas causas de competência de quaisquer juízes e tribunais, para **defesa de direitos e interesses dos índios e das populações indígenas**, do meio ambiente, de bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, integrantes do patrimônio nacional;

Além disso, a competência federal também advém do art. 109, inciso XI, porque trata sobre direitos indígenas na perspectiva coletiva.

4.2. A legitimidade passiva da União e do Estado do Acre

A Lei n. 8.080/1990 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. 9.836/99, o Capítulo V ao Título II, o qual instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do SUS.

Percebe-se claramente que o legislador, em consonância com a competência da União para a defesa dos povos indígenas (art. 231, CF), afastou-se do modelo geral de responsabilidade concorrente e solidária das esferas de governo (União, Estados e Municípios)



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

no financiamento do SUS, e atribuiu, principal e obrigatoriamente ao ente federal, o financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com a participação de Estados e Municípios na implementação financeira e executiva do referido subsistema, necessariamente, caráter complementar e secundário.

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.

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 missão 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, com a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvimento das atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência.

No caso da população indígena que vive em terras inseridas no Estado do Acre, os DSEIs responsáveis pela execução de ações de saúde e saneamento são o DSEI-Alto Rio Purus (DSEI/ARP) e o DSEI-Alto Rio Juruá (DSEI/ARJ).



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

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

Por sua vez, a Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), por intermédio do Departamento de Vigilância e Promoção a Saúde, através da Central Estadual de Rede de Frio, é a responsável pelo recebimento das vacinas contra a COVID-19 no Estado e posterior distribuição para o DSEI-Alto Rio Purus e DSEI-Alto Rio Juruá.

A Central Estadual de Rede de Frio é a unidade gestora, com estrutura técnico-administrativa para conservação dos imunobiológicos, incluídas as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte.

De acordo com o Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, os imunobiológicos são armazenados na Central Estadual de Rede de Frio - CERF, na Central Regional de Rede de Frio - CRRF Juruá e Alto Acre, e na Central Municipal de Rede de Frio - CMRF.

5. A tutela provisória de urgência

Os arts. 12 da Lei n. 7.347/85 e 300 do CPC estabelecem que será possível conceder mandado liminar, desde que constatada a presença de dois pressupostos: perigo de dano e probabilidade do direito.

A probabilidade do direito é evidente, pela igualdade de tratamento jurídico entre os indígenas aldeados e os residentes em contexto urbano, e, sobretudo, porque há decisão cautelar do Supremo Tribunal Federal (DJ 16/03/2021) que simplesmente não é cumprida pelos réus.

Por sua vez, o perigo da demora advém da própria natureza dos fatos, que envolve um cenário de pandemia que mata milhares de pessoas no Brasil e no Acre e que as medidas



**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO**

urgentes se fazem cada vez mais necessárias para salvar vidas.

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 Acre, 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. Essas circunstâncias comprovam a mora do Estado e geram para o poder público a obrigação de agir.

A cada hora, o cenário se agrava, surgem mais pacientes contaminados e a fila de espera por um tratamento aumenta exponencialmente.

A medida, inclusive, pode ser adotada sem a oitiva dos réus, porque (a) o Estado do Acre sequer respondeu à Recomendação n. 02/2021, expedida pela Defensoria Pública do Estado do Acre e pelo Grupo de Trabalho sobre este tema; (b) a União editou Nota Informativa n. 4/2021-COGASI/DASI/SESAI/MS, em que informa que “entende-se as populações indígenas em contexto urbano já estão contempladas no referido plano, de acordo com as faixas etárias e condições de saúde, não se considerando necessária a inclusão na primeira fase da vacinação” (OFÍCIO Nº 116/2021/SESAI/NUJUR/SESAI/MS, em resposta à Recomendação MPF/AM 01/2021). Além disso, a União também é ré na Ação Civil Pública n. 1002443-23.2021.4.01.4100 e também já se manifestou naqueles autos (ID 471155880), cujo objeto é semelhante ao aqui pleiteado.

6. Os pedidos

Diante do exposto, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** requer:

(1) a concessão de **tutela de urgência**, para determinar, sob pena de multa diária:

(a) à União que, em relação aos indígenas localizados em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, no Estado do Acre:



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

- (i) promova, no prazo máximo de 10 dias, o cadastramento no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e distribua o Cartão SUS a esses usuários;
- (ii) encaminhe ao Estado do Acre (Secretaria de Estado de Saúde) o quantitativo atualizado das doses de vacina contra a COVID-19, de modo a incluir o atendimento na fase 01 da vacinação prioritária contra a COVID-19;
- (iii) realize, por meio do DSEI/ARP e DSEI/ARJ e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no prazo máximo de 10 dias, a inclusão na fase 01 da vacinação prioritária contra a COVID-19;
- (b) ao Estado do Acre, que assegure o fornecimento das doses de vacina contra a COVID-19, de modo a incluir na fase 01 da vacinação prioritária contra a COVID-19 o atendimento dos indígenas residentes em áreas urbanas, ou em contextos urbanos, no Estado do Acre, ainda que não residentes em aldeias ou territórios indígenas, conforme quantitativo atualizado a ser enviado pelo DSEI/ARP e DSEI/ARJ;
- (2) a citação das rés, para apresentarem resposta;
- (3) a intimação da FUNAI para, se for o caso, ingressar no feito na qualidade de litisconsorte ativo;
- (4) a inversão do ônus probatório em relação à matéria de natureza técnica e a produção de todas as provas em direito admitidas, que poderão ser especificadas no momento processual oportuno;
- (5) o julgamento antecipado desta demanda;
- (6) ao final, o julgamento de procedência dos pedidos para confirmar a decisão em tutela de urgência e condenar as rés, em definitivo, nos pedidos formulados no item 1:



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ACRE
5º OFÍCIO

Dá-se à causa o valor de R\$ 100.000,00, para fins meramente fiscais.

Rio Branco (AC), 21 de abril de 2021.

LUCAS COSTA ALMEIDA DIAS
Procurador da República
Procurador Regional dos Direitos do Cidadão



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

INSTRUTIVO PARA PRIORIZAÇÃO DE DOSES DA VACINA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO- PMSP/ SMS / SEABEVS / CAB / COVISA/ PMI

A partir do dia 22/05/2021

Mega Drives e Farmácias: suspensos temporariamente
Mega Postos: funcionamento de 2ª a 6ª feira, das 08 às 17h

IMPORTANTE: A VACINAÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM COMORBIDADES (qualquer comorbidade, independente de descrição no Anexo 4 – Lista de Comorbidades) DEVERÁ SER REALIZADA EXCLUSIVAMENTE COM O IMUNIZANTE DA PFIZER, ESTANDO SUJEITA A DISPONIBILIDADE DO MESMO. NA AUSÊNCIA DESTE IMUNIZANTE, A UBS DEVE MANTER LISTA DE ESPERA PARA CONVOCAÇÃO.

PRIORIDADE – AMPLIAÇÃO DOS GRUPOS

Grupo	Documentos	1º dose Data
Trabalhadores do transporte coletivo público municipal (motoristas e cobradores) - Ver anexo 5	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite) ou Comprovante Vacina Já com QR Code. https://vacisetrans.sp.gov.br/	Data: A partir de 18/05 Local: UBS e Mega Posto
Gestantes e Puérperas (até 45 dias após o parto), acima de 18 anos, com qualquer comorbidade, independente de descrição no Anexo 4 – Lista de Comorbidades	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Autorização/recomendação médica: considerando risco benefício, com o nome do médico e CRM). - Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico) - Puérperas: declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento) - Unidade Vacinadora deve aplicar o Termo de Consentimento (anexo) disponível no site: https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa	Data: A partir de 17/05 Local: UBS e Mega Posto
Profissionais DE Saúde com 30 anos e mais- Ver anexo 1	1º dose -Documento de Conselho de Classe ou Comprovante de profissão (certificado ou diploma) conforme lista anexa* -Comprovante de Residência da Cidade de São Paulo	Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos) Data: A partir de 18/05



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

Grupo	Documentos	1º dose Data
Pessoas com comorbidades com 45 anos e mais - Ver anexo 4	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM e na validade de 02 anos de emissão ****)	Data: A partir de 20/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)
Pessoas com Deficiência Permanente beneficiários do BPC com 45 anos e mais	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante da deficiência (laudo médico que indique a deficiência; cartão de gratuidade no transporte público que indique sua deficiência; documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; documento oficial de identidade com a indicação da deficiência). - Comprovante do recebimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) (Carta de Concessão do INSS)	Data: A partir de 20/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)
Metroviários e ferroviários (área de segurança, manutenção, limpeza e agentes de estação na linha de frente com 47 anos ou mais, além de operadores de trem de todas as idades) - Ver anexo 5	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite) - Comprovante Vacina Já com QR Code. https://vacisetrans.sp.gov.br/	Data: A partir de 11/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)
Pessoas com Síndrome de Down (18 a 59 anos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Declaração médica indicando condição de saúde com CRM do médico	Data: A partir de 10/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)
Pacientes em Terapia Renal Substitutiva (18 a 59 anos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Declaração médica indicando condição de saúde com CRM do médico.	Data: A partir de 10/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)
Pessoas transplantadas imunossuprimidas (18 a 59 anos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Declaração médica indicando condição de saúde com CRM do médico	Data: A partir de 10/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)

Matéria: DOCREC 773/2021 - Documento digitalizado e autenticado por OTÁVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?plD=316388>.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

Grupo	Documentos	1º dose Data
Profissionais de Segurança Pública em atividade.	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)	Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos) Data A partir de 05/04
Idosos com 60 anos e mais	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF)	Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos) Data: A partir de 06/05
Profissionais DE Saúde com mais de 18 anos que sejam gestantes e puérperas (até 45 dias pós-parto) e lactantes (até 2 anos) - Ver anexo 1	1º dose - Documento de Conselho de Classe ou Comprovante de profissão (certificado ou diploma) conforme lista anexa* - Comprovante de Residência da Cidade de São Paulo - Autorização/recomendação médica: considerando risco benefício, com o nome do médico e CRM). - Puérperas e Lactantes: declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento) - Unidade Vacinadora deve aplicar o Termo de Consentimento (anexo) disponível no site: https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa	Local: UBS e Mega Posto Data: A partir de 17/05
Profissionais da Educação com 47 anos e mais- Ver anexo 3	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante Vacina Já Educação com QR Code*** - Comprovante de residência/ vínculo empregatício na cidade de São Paulo.	Local: UBS Data: A partir de 10/04
Ampliação aos Trabalhadores DA saúde da Rede de Atenção à Saúde Municipal (SMS/CRS/STS)- Ver anexo 2	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)	Local: UBS Data: A partir de 17/02
Pessoas em situação de Rua com mais de 60 anos.	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF)	Local: UBS/ BOMPAR Consultório na Rua Data: A partir de 12/02
Ampliação as pessoas em situação de rua cadastradas nos Centros de Acolhida: com mais de 18 anos	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF)	Local: UBS/ BOMPAR Consultório na Rua Data: A partir de 29/03



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

Grupo	Documentos	1º dose Data
Trabalhadores dos equipamentos públicos de: CDI;SEAS; Centros de Acolhida Adulto, e POP RUA	1º dose -Documento de Identificação (preferencialmente CPF) se possuir documentação -Documento Comprovante de vínculo empregatício, conforme Lista Nominal fornecida por SMADS.	Local: UBS Data: A partir de 01/03
Ampliação aos demais Trabalhadores no atendimento a vulneráveis, dos equipamentos públicos de SMADS e SMDHC	1º dose -Documento de Identificação (preferencialmente CPF) -Comprovante de vínculo empregatício: Lista Nominal fornecida por SMADS e SMDHC.	Local: UBS Data: A partir de 29/03
Ampliação aos demais trabalhadores DA Saúde dos Hospitais Públicos Municipais e Estaduais- Ver anexo 2.	1º dose -Documento de Identificação (preferencialmente CPF) Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)	Local: UBS Data: A partir de 17/02
Trabalhadores DE Saúde de Serviços de Diagnóstico na Cidade de São Paulo: que realizam coleta e análise de amostra de RTPCR SARS CoV2 e exames de imagem (RX e Tomografia-clínica médica)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	Local: UBS Data: A partir de 17/02
Trabalhadores DE Saúde das Equipes de Serviços de ambulância, na Cidade de São Paulo: que fazem transporte/remoção de pacientes com COVID-19.	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis.	Local: UBS Data: A partir de 17/02
Cemitérios Públicos e Privados do Município de São Paulo: - Profissionais Sepultadores, veloristas, cremadores e condutores de veículos	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	Local: UBS Data: A partir de 17/02

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTÁVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?pld=316388>.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

Grupo	Documentos	1º dose Data
Ampliação aos demais profissionais dos cemitérios públicos e privados	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	Local: UBS Data: A partir de 29/03
Trabalhadores DE Saúde das Equipes de IML, na Cidade de São Paulo: -Profissionais Auxiliares de Necrópsia, Médicos Legistas, Atendentes de Necrotério	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	Local: UBS Data: A partir de 17/02
Trabalhadores do serviço Residência Inclusiva	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício: Lista Nominal fornecida pelo serviço.	Local: No próprio serviço do trabalhador Data: A partir de 05/04

Locais de Vacinação:

UBS: De segunda a sexta, das 7h às 19h

AMA/UBS Integrada: De segunda à sábado e feriados das 7h às 19h

Mega Drive e Farmácia: Das 8h às 17h (suspensão temporariamente)

Mega Posto: De segunda a sexta, das 8h às 17h

SAE – Serviço de Atenção Especializada: De segunda a sexta, das 8h às 17h

Consulte em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa> os endereços e todas as informações sobre os locais de vacinação na cidade de São Paulo.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

ORIENTAÇÕES

USO DE DOSES REMANESCENTES:

A partir dia 12/05/2021, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Imunização, após vacinado o público alvo estabelecido neste documento, caso haja dose remanescente próximo ao término das atividades do serviço de saúde, instituímos a aplicação na seguinte ordem de prioridade:

1º- Profissional de saúde com mais de 18 anos, morador do território da unidade de saúde.

2º- Pessoas com comorbidades com mais de 18 anos de idade, moradores do território da unidade de saúde.

A unidade de Saúde deverá manter listas de espera com os usuários elegíveis em sua área de abrangência com telefones para convocação deste público. Em caso de dificuldade para destinação dessas doses remanescentes, entrar em contato imediato com a Supervisão Técnica de Saúde.

Importante: Nenhuma unidade de saúde tem autorização para desprezar doses remanescentes, se houver indício estará sujeito às medidas administrativas cabíveis.

NÃO DESPREZAR NENHUMA DOSE VIÁVEL DE VACINA.

APLICAÇÃO DA SEGUNDA DOSE:

-Butantan (Coronovac): 28 dias após 1ºdose

-AstraZeneca: 12 semanas após 1ºdose

- Pfizer: 12 semanas após 1ºdose

DOCUMENTOS PARA SEGUNDA DOSE:

-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)

-Comprovante de vacinação (da 1º Dose na cidade de São Paulo)

VACINAÇÃO DE GESTANTES, PUÉPERAS E LACTANTES:

Podem ser vacinadas:

1. Gestantes, puérperas (até 45 dias após o parto) e lactantes (até 2 anos) de Grupo Prioritários que já iniciaram a imunização.
2. Gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) com comorbidades.

Devem apresentar autorização/recomendação médica: considerando risco benefício, com dados de identificação (idade gestacional, nome do médico, CRM).

Unidade deve aplicar o Termo de Consentimento da Campanha Contra COVID-19 (anexo). Disponível no site da campanha: <https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa>.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

***ANEXO 1 –PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatorios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende os profissionais de saúde (dentre os listados no Informe Técnico do PNI – Programa Nacional de Imunização / MS.), priorizando neste momento:

Médicos

Enfermeiros/ Técnicos e Auxiliares de enfermagem/ **Instrumentadores**

Cirúrgicos

Nutricionistas/ **Técnicos de Nutrição**

Fisioterapeutas/ Terapeutas ocupacionais

Biólogos

Biomédicos / Técnicos de Laboratório que façam coleta de RT PCR SARS CoV2 e análise de amostrade COVID19/ **Técnicos de Raio-X**

Farmacêuticos / Técnicos de Farmácia

Odontólogos/ ASB – Auxiliar de Saúde Bucal / TSB - Técnico de Saúde Bucal

Fonoaudiólogos

Psicólogos

Assistentes sociais

Profissionais da educação física

Médicos veterinários

****ANEXO 2 – PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Profissionais da saúde compreendem os que trabalham na área da saúde como os do setor administrativo, ou de apoio dos serviços de saúde.

***** ANEXO 3 – CADASTRO PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO**

Poderão ser imunizados profissionais das redes estadual, municipais, particulares e federal com funções como secretários, auxiliares de serviços gerais, faxineiras, mediadores, merendeiras, monitores, cuidadores, diretores, vice-diretores, professores de todos os ciclos da educação básica, professores coordenadores pedagógicos, além de professores temporários.

Para receber a vacina, eles devem fazer o cadastro no site <https://vacinaja.sp.gov.br/educacao>, com número do CPF, nome completo e e-mail.

O profissional receberá em seu email o comprovante Vacina Já Educação, este documento terá um QRCode para verificação de autenticidade.

Este comprovante deverá ser apresentado no momento da vacinação, junto com documento de identificação e comprovante de residência/ vínculo empregatício na cidade de São Paulo



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

**** ANEXO 4 –LISTA DE COMORBIDADES

Grupo de comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Qualquer indivíduo hipertenso em uso de um ou mais medicamentos
Doenças cardiovasculares	
Insuficiência cardíaca(IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatias hipertensivas	Cardiopatias hipertensivas (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardopatias e Pericardopatias	Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

Cardiopatas congênita no adulto	Cardiopatas congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
Doenças neurológicas crônicas	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m2) e/ou síndrome nefrótica.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoidee/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Com base nas revisões de literatura contidas nas referências do Documento Técnico Campanha de Vacinação contra a COVID-19, 12ª atualização, CVE/CCD/SES/SP, de 20/05/2021.

Observação: Ampliação da vacinação para qualquer indivíduo hipertenso em uso de 01 ou mais medicamentos dentro da faixa etária contemplada neste instrutivo.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a) _____, inscrito(a) no CPF ou CNS sob o nº _____, é portador de _____ (inserir CID ou descrever a doença).

Município, (dia) de (mês) de ano.

Assinatura e carimbo do médico



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 21

Publicado em: 13/05/2021

Atualizado em: 21/05/2021

**** ANEXO 5 –PROFISSIONAIS DE TRANSPORTE METROPOLITANO

Os funcionários das empresas vinculadas à Secretaria de Transportes Metropolitanos receberão um e-mail, enviado pela Prodesp, com um QRCode que servirá de verificação de autenticidade, comprovando a elegibilidade para a vacinação. Esse QRCode deverá ser apresentado no dia da imunização para validação pelo profissional de saúde, junto com uma identidade funcional e documento pessoal. Mais informações no site: <https://vacinaja.sp.gov.br/>



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

INSTRUTIVO PARA PRIORIZAÇÃO DE DOSES DA VACINA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO- PMSP/ SMS / SEABEVS / CAB / COVISA/ PMI

Principais Atualizações de 07/07/2021

- Funcionamento das unidades nos próximos dias – pg. 1.
- Inclusão de pessoas com 38 e 37 anos – pg. 1

Nos dias 07, 08 e 09/07/2021:

Mega Drive Thru e Farmácia: vacinação D1. Funcionamento das 8h às 17h.

Mega Posto: vacinação D1. Funcionamento das 8h às 17h.

Unidades Básicas de Saúde (UBS): vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.

AMA/UBS Integrada: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h

No dia 10/07/2021 (sábado)

AMA/UBS Integrada: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h

A partir de 12/07/2021:

Mega Drive Thru e Farmácia: vacinação D1. Funcionamento das 8h às 17h.

Mega Posto: vacinação D1. Funcionamento das 8h às 17h.

Unidades Básicas de Saúde (UBS): vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.

AMA/UBS Integrada: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h

Cronograma de Vacinação da População Adulta (sujeito a alterações de acordo com o repasse de doses)

FAIXA ETÁRIA	DATA
58 e 59 anos	14 /06 (segunda)
56 e 57 anos	16/06 (quarta)
54 e 55 anos	17/06 (quinta)
52 e 53 anos	18/06 (sexta)
50 e 51 anos	19/06 (sábado)
Repescagem 50 a 59 anos	21/06 (segunda)
Reabastecimento	22/06 (terça)
49 anos	23/06 (quarta)
48 anos	24/06 (quinta)
47 anos	25/06 (sexta)
Repescagem 47 a 49 anos	26/06 (sábado)
46 anos	28/06 (segunda)
45 e 44 anos	29/06 (terça)
43 e 42 anos	30/06 e 01/07 (quarta e quinta)

FAIXA ETÁRIA	DATA
Repescagem 42 a 46 anos	02/07 (sexta)
D2 de todos os grupos	03/07 (sábado)
41 anos	05 e 06/07 (segunda, terça)
40 anos	07/07 (quarta)
39 anos	08/07 (quinta)
Repescagem 39 a 41 anos e D2 de todos os grupos	09 e 10/07 (sexta e sábado)
38 anos	12/07 (segunda)
37 anos	13/07 (terça)

Documentos 1º dose:

- Documento de identificação com data de nascimento.
- CPF
- Comprovante de Endereço no município de São Paulo

* Visando evitar aglomerações, foi adotado este escalonamento de idade, orientamos a ir nos dias indicados neste Instrutivo. Contudo, ressaltamos o caráter contínuo da vacinação, uma vez iniciado o grupo.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

Grupos Prioritários

Grupo	1º dose Data	Documentos
Profissionais da Educação com mais de 18 anos – ver anexo 3	Data: A partir de 11/06 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante Vacina Já Educação com QR Code*** - Comprovante de residência ou vínculo empregatício na cidade de São Paulo.
Pessoas com deficiência permanente (física, sensorial ou intelectual), acima de 18 anos, incluem: 1- Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas. 2- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo. 3-Indivíduos com baixa visão ou cegueira. (considera-se baixa visão ou visão subnormal, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20º no melhor olho com a melhor correção óptica (categorias 1 e 2 de graus de comprometimento visual do CID 10) e considera-se cegueira quando esses valores encontram-se abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10º (categorias 3, 4 e 5 do CID 10). 4-Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola.	Data: A partir de 10/06 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante da deficiência (laudo médico indicando a deficiência; ou cartão de gratuidade no transporte público indicando deficiência; ou documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; ou documento oficial de identidade com a indicação da deficiência). - Caso não haja um documento comprobatório será possível a vacinação a partir da autodeclaração do indivíduo, nesta ocasião o indivíduo deverá ser informado quanto ao crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal). Consulte o Modelo de autodeclaração no site: https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa * Na condição de deficiência visual, só será aceita autodeclaração em casos de deficiência permanente- cegueira, para as demais classificações de baixa visão ou visão monocular será exigido documento que comprove a referida condição, conforme legislação vigente. - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Ampliação para TODO o grupo de pessoas em situação de rua com mais de 18 anos.	Data: A partir de 09/06 Local: UBS/ Consultório na Rua	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Serão identificados pelo serviço especializado deste público: Consultório na Rua e pelas equipes da ESF.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

Grupo	1º dose Data	Documentos
Pessoas com comorbidades com 18 anos e mais - Ver anexo 5	Data: A partir de 07/06 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM e na validade de 02 anos de emissão ***** - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Pessoas com Deficiência Permanente beneficiários do BPC, com 18 anos e mais	Data: A partir de 07/06 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de deficiência (laudo médico indicando deficiência; cartão de gratuidade no transporte público indicando deficiência; documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; documento oficial de identidade com a indicação de deficiência). - Comprovante do recebimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) (Carta de Concessão do INSS) - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Gestantes e Puérperas (até 45 dias após o parto), acima de 18 anos, com ou sem comorbidade	Data: A partir de 07/06 Local: UBS e Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Gestantes: comprovante do estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal ou laudo médico) - Puérperas: declaração de nascimento da criança (certidão de nascimento) - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Lactantes com comorbidades (até 1 anos de amamentação), acima de 18 anos	Data: A partir de 07/06 Local: UBS e Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico) - Declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento) - Comprovante de Endereço do município de São Paulo.
Aeroportuários do Aeroporto de Congonhas - funcionários do aeroporto e dos serviços auxiliares ao transporte aéreo	Data: A partir de 01/06 Local: UBS	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Credenciamento aeroportuário do Aeroporto de Congonhas (com os códigos CGH ou UASP) ou Comprovante de vínculo empregatício com o Aeroporto de Congonhas (holerite, carteira ou contrato de trabalho, declaração do setor de RH do aeroporto)
Aeronautas e aeroviários - funcionários das companhias aéreas nacionais, que trabalham no aeroporto	Data: A partir de 01/06 Local: UBS	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício (ex.: crachá, holerite, carteira ou contrato de trabalho) em companhia aérea nacional - Comprovante de Endereço do município de São Paulo



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

Grupo	1º dose Data	Documentos
Profissionais DE Saúde com 18 anos e mais, das categorias profissionais descritas no Anexo 1	Data: A partir de 28/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Conselho de Classe ou Comprovante de profissão (certificado ou diploma) conforme anexo 1* - Comprovante de Endereço ou Comprovante de Vínculo Empregatício do município de São Paulo
Acadêmicos em Saúde, das categorias profissionais descritas no Anexo 1, cursando o último ano de formação	Data: A partir de 28/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Declaração de matrícula comprovando a situação acadêmica do aluno - Comprovante de Endereço de matrícula em instituição de ensino do município de São Paulo
Estudantes de área técnica em saúde, cursando o último ano e em estágio, nas categorias profissionais descritas no Anexo 1	Data: A partir de 28/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de matrícula e Declaração de Estágio - Comprovante de Endereço do município de São Paulo ou Comprovante de matrícula ou de estágio em instituição do município de São Paulo
Trabalhadores do transporte coletivo público municipal (motoristas e cobradores) - Ver anexo 4	Data: A partir de 18/05 Local: UBS e Mega Posto	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite) ou Comprovante Vacina Já com QR Code https://vacisetrans.sp.gov.br/
Metroviários e ferroviários (área de segurança, manutenção, limpeza e agentes de estação na linha de frente com 47 anos ou mais, além de operadores de trem de todas as idades) - Ver anexo 4	Data: A partir de 11/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite) - Comprovante Vacina Já com QR Code. https://vacisetrans.sp.gov.br/
Pessoas com Síndrome de Down (18 a 59 anos)	Data: A partir de 10/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Declaração médica indicando condição de saúde com CRM do médico - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Pacientes em Terapia Renal Substitutiva (18 a 59 anos)	Data: A partir de 10/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Declaração médica indicando condição de saúde com CRM do médico. - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Pessoas transplantadas imunossuprimidas (18 a 59 anos)	Data: A partir de 10/05 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Declaração médica indicando condição de saúde com CRM do médico - Comprovante de Endereço do município de São Paulo



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

Grupo	1º dose Data	Documentos
Profissionais de Segurança Pública em atividade.	Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos) Data: A partir de 05/04	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)
Idosos com 60 anos e mais	Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos) Data: A partir de 06/05	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
Trabalhadores do serviço Residência Inclusiva	Local: No próprio serviço do trabalhador Data: A partir de 05/04	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício: Lista Nominal fornecida pelo serviço.
Ampliação aos Trabalhadores DA saúde da Rede de Atenção à Saúde Municipal (SMS/CRS/STS)- Ver anexo 2	Local: UBS Data: A partir de 17/02	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)
Trabalhadores dos equipamentos públicos de: CDI;SEAS; Centros de Acolhida Adulto, e POP RUA	Local: UBS Data: A partir de 01/03	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) se possuir documentação - Comprovante de vínculo empregatício, conforme Lista Nominal fornecida por SMADS.
Ampliação aos demais Trabalhadores no atendimento a vulneráveis, dos equipamentos públicos de SMADS e SMDHC	Local: UBS Data: A partir de 29/03	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício: Lista Nominal fornecida por SMADS e SMDHC.
Ampliação aos demais trabalhadores DA Saúde dos Hospitais Públicos Municipais e Estaduais- Ver anexo 2.	Local: UBS Data: A partir de 17/02	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)
Trabalhadores DE Saúde de Serviços de Diagnóstico na Cidade de São Paulo: que realizam coleta e análise de amostra de RTPCR SARS CoV2 e exames de imagem (RX e Tomografia-clínica médica)	Local: UBS Data: A partir de 17/02	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)
Trabalhadores DE Saúde das Equipes de Serviços de ambulância, na Cidade de São Paulo: que fazem transporte/remoção de pacientes com COVID-19.	Local: UBS Data: A partir de 17/02	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas na cidade de São Paulo, nos setores elegíveis.

Materia DO OFIC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?plD=316388.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

Grupo	1º dose Data	Documentos
Profissionais dos cemitérios públicos e privados	Local: UBS Data: A partir de 29/03	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)
Trabalhadores DE Saúde das Equipes de IML, na Cidade de São Paulo: -Profissionais Auxiliares de Necrópsia, Médicos Legistas, Atendentes de Necrotério	Local: UBS Data: A partir de 17/02	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)
População indígena aldeada ou não aldeada com mais de 18 anos	Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos) Data: A partir de 19/01	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de etnia

ORIENTAÇÕES

USO DE DOSES REMANESCENTES:

A partir dia 18/06/2021, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Imunização, após vacinado o público alvo estabelecido neste documento, caso haja dose remanescente próximo ao término das atividades do serviço de saúde, instituímos a aplicação nos seguintes grupos, seguindo esta ordem de prioridade:

1-Lactantes sem comorbidades (até 2 anos de amamentação), acima de 18 anos

2-Acadêmicos em Saúde em estágio, independente do período de formação e estudantes de área técnica em saúde em estágio, independente do período de formação, descritas no Anexo 1.

3-Pessoas com mais de 18 anos de idade.

A unidade de Saúde deverá manter listas de espera com os usuários, residentes da cidade de São Paulo, elegíveis em sua área de abrangência: moradores, estudantes e quem trabalha na região da unidade (necessário apresentar documentação com endereço) com telefones para convocação deste público. Em caso de dificuldade para destinação dessas doses remanescentes, entrar em contato imediato com a Supervisão Técnica de Saúde.

NÃO DESPREZAR NENHUMA DOSE VIÁVEL DE VACINA.

-----*

APLICAÇÃO DA SEGUNDA DOSE:

-Butantan (Coronavac): 28 dias após 1ºdose

-AstraZeneca: 12 semanas após 1ºdose

- Pfizer: 12 semanas após 1ºdose

- Janssen: dose única

DOCUMENTOS PARA SEGUNDA DOSE:

-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)

-Comprovante de vacinação (da 1º Dose na cidade de São Paulo)



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

---*---

COMPROVANTE DE ENDEREÇO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: pode ser apresentado de forma física ou digital. Se não houver no próprio nome do munícipe, serão aceitos comprovantes em nome do cônjuge, companheiro, pais e filhos, desde que apresentado documento que comprove o parentesco ou estado civil (RG, certidão de nascimento, certidão de casamento ou escritura de união estável).

Exemplos de comprovantes aceitos: contas de água, luz, gás, TV, internet, telefone fixo e celular; contrato de aluguel reconhecido em cartório; declaração recente de Imposto de Renda; carnês do IPTU e IPVA; contracheque emitido por órgão público; demonstrativos do INSS ou SRF; fatura de cartão de crédito; nota fiscal, boletos.

---*---

ORIENTAÇÃO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS: Conforme o Documento Técnico da Campanha de Vacinação contra a COVID-19 de 09 de junho de 2021 – 16ª atualização – Anexo 2; O posicionamento da SOGESP: VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 PARA GESTANTES E PUÉRPERAS - CORONAVIRUS de 08 de junho de 2021, disponível em:

<https://www.sogesp.com.br/noticias/posicionamento-sogesp-vacinacao-contracovid-19-para-gestantes-e-puerperas/>; E

ofício GS nº 1.802/2021 da Diretoria Técnica do CVE/SP para a Defensoria Pública Estado SP - Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres:

Todas as gestantes, puérperas do MSP poderão dirigir-se às UBSs para imunização de COVID-19 com as vacinas Coronavac e Pfizer.

NA AUSÊNCIA DESTE IMUNIZANTE, A UBS DEVE MANTER LISTA DE ESPERA PARA CONVOCAÇÃO.

LOCAIS DE VACINAÇÃO:

UBS: De segunda a sexta, das 7h às 19h

AMA/UBS Integrada: De segunda à sábado e feriados das 7h às 19h

Mega Drive e Farmácia: Das 8h às 17h (conforme necessidade da campanha)

Mega Posto: De segunda a sexta, das 8h às 17h

SAE – Serviço de Atenção Especializada: De segunda a sexta, das 8h às 17h

Consulte em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa> os endereços e todas as informações sobre os locais de vacinação na cidade de São Paulo.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

*ANEXO 1 –PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende os profissionais de saúde (dentre os listados no Informe Técnico do PNI – Programa Nacional de Imunização / MS.), priorizando neste momento:

Médicos

Enfermeiros/ Técnicos e Auxiliares de enfermagem/ **Instrumentadores Cirúrgicos**

Nutricionistas/ **Técnicos de Nutrição**

Fisioterapeutas/ Terapeutas ocupacionais

Biólogos

Biomédicos / Técnicos de Laboratório que façam coleta de RT PCR SARS CoV2 e análise de amostra de COVID19/ **Técnicos de Raio-X**

Farmacêuticos / Técnicos de Farmácia

Odontólogos/ ASB – Auxiliar de Saúde Bucal / TSB - Técnico de Saúde Bucal

Fonoaudiólogos

Psicólogos

Assistentes sociais

Profissionais da educação física

Médicos veterinários/ **Técnicos de Medicina Veterinária**

**ANEXO 2 – PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Profissionais da saúde compreendem os que trabalham na área da saúde como os do setor administrativo, ou de apoio dos serviços de saúde.

*** ANEXO 3 – CADASTRO PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Poderão ser imunizados profissionais das redes estadual, municipais, particulares e federal com funções como secretários, auxiliares de serviços gerais, faxineiras, mediadores, merendeiras, monitores, cuidadores, diretores, vice-diretores, professores de todos os ciclos da educação básica, professores coordenadores pedagógicos, além de professores temporários.

Para receber a vacina, eles devem fazer o cadastro no site <https://vacinaja.educacao.sp.gov.br/>, com número do CPF, nome completo e e-mail.

O profissional receberá em seu email o comprovante Vacina Já Educação, este documento terá um QRCode para verificação de autenticidade.

Este comprovante deverá ser apresentado no momento da vacinação, junto com documento de identificação e comprovante de residência/ vínculo empregatício na cidade de São Paulo

**** ANEXO 4 –PROFISSIONAIS DE TRANSPORTE METROPOLITANO

Os funcionários das empresas vinculadas à Secretaria de Transportes Metropolitanos receberão um e-mail, enviado pela Prodesp, com um QRCode que servirá de verificação de autenticidade, comprovando a elegibilidade para a vacinação. Esse QRCode deverá ser apresentado no dia da imunização para validação pelo profissional de saúde, junto com uma identidade funcional e documento pessoal. Mais informações no site: <https://vacinaja.sp.gov.br/>



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

***** ANEXO 5 –LISTA DE COMORBIDADES

Grupo de comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Qualquer indivíduo hipertenso em uso de um ou mais medicamentos
Doenças cardiovasculares	
Insuficiência cardíaca(IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 28

Publicado em: 18/06/2021

Atualizado em 07/07/2021

Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinchronizadores, assistência circulatória demédia e longa permanência)
Doenças neurológicas crônicas	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoidee/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Com base nas revisões de literatura contidas nas referências do Documento Técnico Campanha de Vacinação contra a COVID-19, 12ª atualização, CVE/CCD/SES/SP, de 20/05/2021.

Observação: Ampliação da vacinação para qualquer indivíduo hipertenso em uso de 01 ou mais medicamentos dentro da faixa etária contemplada neste instrutivo.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a) _____, inscrito(a) no CPF ou CNS sob o nº _____, é portador de _____ (inserir CID ou descrever a doença).

Município, (dia) de (mês) de ano.

Assinatura e carimbo do médico



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL
 APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO
 DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB
Assessoria Jurídica

EXMO. SR. MINISTRO LUÍS ROBERTO BARROSO, RELATOR DA ADPF 709

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL – APIB, organização indígena já qualificada nos presentes autos, vem, respeitosamente, por meio de seus advogados infra-assinados, com fundamento no disposto no art. 102, §1º, da Constituição Federal e nos preceitos da Lei nº 9.882/1999, apresentar

**ADITAMENTO À ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO
 FUNDAMENTAL Nº 709
 com pedido de medida cautelar**

em razão da superveniência de *fato novo*, consubstanciado na exclusão – arbitrária, anti-isonômica e injustificada – dos indígenas não aldeados e da população indígena aldeada em terras não demarcadas da Fase 1 do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

A seguir, a Requerente demonstrará o cabimento e procedência do presente pedido de aditamento.



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

– I –

INTRODUÇÃO

1. No dia 16 de dezembro de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis - DEIDT da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, apresentou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (**doc. 01**).¹
2. O plano estabelecido pelo governo federal estabeleceu 3 fases de vacinação prioritária, cada uma dedicada a grupos populacionais específicos. De acordo com o Ministério da Saúde, adotou-se ordem de priorização visando à *“preservação do funcionamento dos serviços de saúde, proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos, seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais e proteção dos indivíduos com maior risco de infecção”*.²
3. No referido plano, elencou-se como população-alvo da Fase 1 de vacinação os trabalhadores da área da saúde, pessoas de 75 anos ou mais, pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas, **indígenas aldeados em terras demarcadas**, e os povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas. A Fase 2 atenderá ao grupo prioritário de pessoas de 60 a 74 anos e a Fase 3 se dedicaria à população detentora de algum tipo de morbidade, como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial grave, difícil controle ou com lesão de órgão alvo; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; câncer; e obesidade grau III.³
4. Nessa listagem, ***apenas indígenas aldeados em terras indígenas demarcadas foram incluídos no plano prioritário de vacinação***. O governo federal decidiu, portanto, excluir, de

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao-versao_eletronica.pdf>. Acesso 20.jan.2021.

² BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. Op. Cit. p. 22.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. Op. Cit. p. 39.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASILAPOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB**Assessoria Jurídica**

forma injustificada, arbitrária e discriminatória, todo o contingente de indígenas que habitam terras ainda não demarcadas, assim como aqueles que vivem em contexto urbano.

5. Ocorre que, como se verá, a discriminação adotada pelo Ministério da Saúde ignorou que **a maior vulnerabilidade socioepidemiológica atinge todo o contingente populacional indígena** – sem exceção –, afrontando com isso, de uma só vez, os preceitos fundamentais da isonomia (art. 5^a, *caput*, CF/88), o direito fundamental à saúde (art. 6º e 196) e à vida (art. 5º, *caput*) e também o direito dos povos indígenas a viverem de acordo com suas cultura e tradições (art. 231).

6. Na verdade, a União insiste em marginalizar determinados grupos de indígenas em sua atuação sanitária quando já há, no âmbito desta ADPF nº 709, pronunciamento que afirma a absoluta inconstitucionalidade desse tipo de prática. Com efeito, ao examinar a recusa do atendimento da SESAI e da FUNAI a indígenas urbanos ou residentes em terras não demarcadas, Vossa Excelência, em voto referendado pelo Plenário desta Corte, classificou como *“inaceitável a postura da União com relação aos povos indígenas aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas”* e afirmou que os *“povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos que todo e qualquer povo indígena”*.⁴

7. Diante desse cenário, apresenta a Requerente este aditamento à ADPF nº 709, com pedido cautelar.

– II –**CABIMENTO DO ADITAMENTO E PEDIDO SUBSIDIÁRIO DE RECEBIMENTO
DO ADITAMENTO COMO ADPF**

8. O presente aditamento visa a impugnar fato novo consubstanciado na exclusão de indígenas que vivem em contexto urbano ou que habitam terras indígenas ainda não demarcadas, da Fase 1 do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 elaborado pelo Ministério da Saúde. Existe, assim, *plena identidade* entre o objeto desta

⁴ STF. ADPF 709 MC-Ref, Tribunal Pleno, Rel. Min. Roberto Barroso, DJe 07/10/2020.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASILAPOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA – CONSELHO DO POVO TERENA –
ATY GUASU – COIAB**Assessoria Jurídica**

petição e o da ADPF nº 709, que contesta uma multiplicidade de falhas e omissões de instituições públicas federais exatamente no combate à epidemia do novo coronavírus entre os povos indígenas brasileiros. E, conforme já observou Vossa Excelência, na decisão que deferiu o pedido de aditamento à inicial na ADI nº 6.062, a “*plena identidade entre o objeto original da ação e o objeto do aditamento*” autoriza o aditamento de ações de controle concentrado.⁵

9. Não se ignora a existência de entendimento segundo o qual o aditamento à inicial não é mais cabível quando já requisitadas informações aos órgãos dos quais emanaram os atos impugnados. No entanto, tal orientação apenas se aplica às hipóteses em que o autor da ação, dadas as circunstâncias concretas, omite pedido que poderia ter formulado de antemão. Em outros termos, é sempre possível aditar a inicial de ações de controle concentrado *diante da superveniência de fatos novos e relevantes*, surgidos após o ajuizamento da ação original, que afetem o tema em discussão no processo objetivo. É o que se depreende dos seguintes julgados:

“Disso decorre a inalterabilidade da ação direta, na medida em que, após ajuizada – e requisitadas as informações, como no caso já ocorreu – não ensinará ao seu autor a possibilidade de, nela, formular pedido que omitira, embora lhe fosse lícito fazê-lo. No caso, o eminente Procurador-Geral da República ajuizou a ação direta em 05.02.91 (fls. 2), com a indicação das normas legais cuja inconstitucionalidade arguiu, não tendo incluído no pedido – embora lhe fosse possível fazê-lo já naquele momento – a impugnação ao Decreto nº 6.433, editado em 31 de janeiro do corrente.”⁶

“Admissibilidade de aditamento do pedido na ação direta de inconstitucionalidade para declarar inconstitucional norma editada durante o curso da ação. Circunstância em que se constata a alteração da norma impugnada por outra apenas para alterar a denominação de cargos na

⁵ STF. ADI 6062 MC. Tribunal Pleno Rel. Min. Roberto Barroso. julg. 29/06/2019. Em outra oportunidade, assentou esta e. Corte: “*Como se percebe da recordação dos passos dados, a admissão do aditamento tem por pressuposto necessário a identidade substancial da norma reeditada em relação à constante da medida provisória em vigor, quando da propositura da ação direta. Tanto assim é que se estende a decisão cautelar proferida em relação à anterior, quer se haja deferido (ADI n. 1.117 cit.), quer se haja indeferido (AgRADIn 1.821 cit) a suspensão liminar; essa extensão a uma norma – que é formalmente diversa (AgRADIn 1.387 cit.) – do que se julgou a propósito de outra só se explica pela absoluta identidade do conteúdo normativo de ambas.*” (STF. ADI nº 1.753-QO, Tribunal Pleno, Rel. Min. Sepúlveda Pertence, DJ 23/10/1998).

⁶ STF. ADI nº 437-QO, Tribunal Pleno, Rel. Min. Celso de Mello, DJ 19/02/1993.



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

administração judicial estadual; alteração legislativa que não torna prejudicado o pedido na ação direta.”⁷

10. Não por outro motivo, esta Corte exige, por exemplo, o aditamento à inicial de ADIs que questionam medidas provisórias, quando as mesmas são convertidas em lei.⁸ Afinal, nessas hipóteses, o aditamento ocorre, via de regra, após a requisição das informações.

11. Portanto, é evidente o cabimento deste aditamento.

12. De qualquer maneira, **caso se considere inviável o presente aditamento, postula-se, desde já, o recebimento desta petição como Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental autônoma, com pedido de medida cautelar, a ser distribuída por conexão à ADPF nº 709, diante da conexão dos temas versados em ambas, em harmonia ao que prescrevem o art. 286, I, NCPC, e o art. 69, caput, do Regimento Interno do STF.**

– III –

INCONSTITUCIONALIDADE DA EXCLUSÃO DE INDÍGENAS DO PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

13. Na última semana, a vacinação contra a Covid-19 teve início em várias comunidades indígenas do Brasil. Todavia, parcela expressiva da população indígena não está sendo vacinada, por conta da decisão arbitrária e inconstitucional da União Federal de excluir do plano nacional de vacinação contra a doença os indígenas aldeados em terras não homologadas e os indígenas em contexto urbano.

14. Ocorre que, conforme reconheceu o próprio Ministério da Saúde no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, a delimitação de grupos prioritários para

⁷ STF. ADI nº 3.233, Tribunal Pleno, Rel. Min. Joaquim Barbosa, DJ 14/09/2007. Em sentido semelhante, cf., e.g., STF. ADI nº 3.147, Tribunal Pleno, Rel. Min. Carlos Britto, DJ 22/09/2006.

⁸ Cf., e.g., STF. ADI nº 1.922, Tribunal Pleno, Rel. Min. Joaquim Barbosa, DJe 18/05/2007.



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA – CONSELHO DO POVO TERENA – ATY GUASU – COIAB

Assessoria Jurídica

a vacinação no Brasil visou a atender a critérios de vulnerabilidade ao vírus, em virtude da maior exposição à infecção e/ou por maiores riscos para agravamento e óbito pela doença (**doc. 02**).⁹ E a maior vulnerabilidade socioepidemiológica dos indígenas à Covid-19 atinge ***todo o contingente populacional desses povos***, e não apenas aqueles aldeados em terras demarcadas.

15. Recorde-se, a esse propósito, que desde o começo da pandemia, vários estudos alertaram para o fato de que a população indígena apresenta maior vulnerabilidade sociodemográfica e epidemiológica, em razão de fatores como dificuldade de acesso a serviços de saúde, falta de garantia das condições para medidas preventivas e de isolamento social, dinâmicas culturais próprias e em razão dos indicadores de saúde desfavoráveis dessa população, mais suscetível a doenças infectocontagiosas.¹⁰ **Diante dessa vulnerabilidade, vozes autorizadas do mundo inteiro recomendaram que os indígenas deveriam ser priorizados nas respostas de enfrentamento à Covid-19.**¹¹ Conforme foi sintetizado e reconhecido inclusive como ***premissa*** da decisão de Vossa Excelência, que deferiu medida cautelar na ADPF nº 709, posteriormente referendada pelo Plenário desta e. Corte:

“PREMISSAS DA DECISÃO

3. Os Povos Indígenas são especialmente vulneráveis a doenças infectocontagiosas, para as quais apresentam baixa imunidade e taxa de mortalidade superior à média nacional. Há indícios de expansão acelerada

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, p. 07. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/1611078163793_Informe_Tecnico_da_Campanha_Nacional_de_Vacinacao_contra_a_Covid_19-1.pdf>.

¹⁰ Aline Diniz Rodrigues Caldas, Ana Lúcia Pontes, Andrey M. Cardoso, Bárbara Cunha e Ricardo Ventura Santos. FIOCRUZ. *Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. 4º relatório sobre risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/documento/4o-relatorio-sobre-risco-de-espalhamento-da-covid-19-em-populacoes-indigenas>>.

¹¹ Conferir, a esse propósito: ABRASCO. *A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço*. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866/>>; OEA. *Indígenas amazônicos estão “em grave risco” frente ao COVID-19, alertam ONU Direitos Humanos e CIDH*. Disponível em: <<https://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2020/126.asp>>; OPAS Brasil. OPAS insta países a intensificar esforços para impedir maior propagação da COVID-19 entre povos indígenas. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6234:opas-insta-paises-a-intensificar-esforcos-para-impedir-maior-propagacao-da-covid-19-entre-povos-indigenas&Itemid=820>; ONU. *“Estamos trabalhando por sobrevivência”, conta coordenadora do escritório do Fundo de População da ONU em Manaus*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/covid-19-e-grave-ameaca-para-os-povos-indigenas-diz-bachelet/>>.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASILAPOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB**Assessoria Jurídica**

do contágio da COVID-19 entre seus membros e alegação de insuficiência das ações promovidas pela União para sua contenção.”¹²

16. Nos cerca de 10 meses em que o novo coronavírus vem atingindo o Brasil, as premissas adotadas na referida decisão vêm se confirmando. Com a rápida interiorização da transmissão da Covid-19 em diversos estados e regiões, observou-se, já no início da pandemia, a existência de terras indígenas “localizadas em municípios com alta probabilidade de introdução de COVID-19 (> 50%)” as quais, em sua maioria, “estavam localizadas próximas a centros urbanos como Manaus, eixo Rio Branco-Porto Velho, Fortaleza, Salvador e capitais do Sul e Sudeste”.¹³ Agravou-se, assim, não apenas a vulnerabilidade dos indígenas aldeados à Covid-19, mas também da população indígena em zona urbana, que “reside majoritariamente em municípios com alto risco para COVID-19”. É provável que a segunda onda da COVID-19 siga o mesmo padrão, como já observado no estado do Amazonas, depois do incremento de casos em Manaus.¹⁴

17. A dinâmica de transmissão da doença em território nacional favoreceu, portanto, um crescimento acelerado da **proporção da população indígena em situação de alto risco para a epidemia, tanto em zonas urbanas quanto em zonas rurais.**¹⁵ E, **mesmo em zonas urbanas**, a prevalência do coronavírus Sars-Cov-2 entre a população indígena mostra-se **cinco vezes maior do que a encontrada na população branca**, conforme revela pesquisa conduzida pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel:¹⁶

¹² STF. ADPF 709 MC-Ref, Tribunal Pleno, Rel. Min. Roberto Barroso, DJe 07/10/2020.

¹³ FIOCRUZ. *Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. Relatório nº 4 do Grupo de Métodos Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 e colaboradores. 18 de abril, 05 e 20 de maio de 2020, p. 2. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/4o-relatorio-sobre-risco-de-espalhamento-da-covid-19-em-populacoes-indigenas>>.

¹⁴ G1 Amazonas. *Amazonas registra mais de 5 mil novos casos de Covid-19 e bate recorde diário*. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/20/amazonas-registra-mais-de-5-mil-novos-casos-de-covid-19-e-bate-recorde-diario.ghtml>>.

¹⁵ FIOCRUZ. *Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. Op. Cit.

¹⁶ Estudo disponível em: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=3128>.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

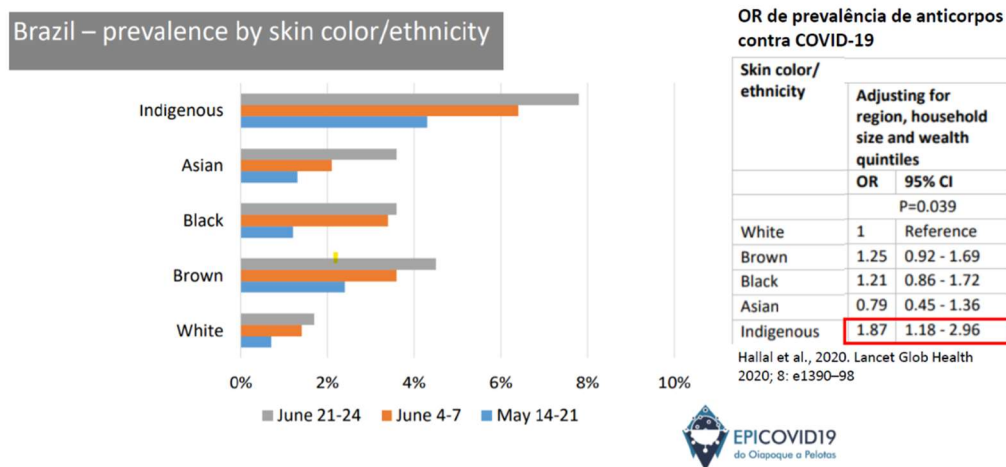
Assessoria Jurídica

Prevalência da Covid em populações

Cor da pele	Testados	Positivos
Branca	32.383	372 (1,1%)
Parda	40.088	1.237 (3,1%)
Preta	11.304	282 (2,5%)
Amarela	2.446	52 (2,1%)
Indígena	1.217	66 (5,4%)

Fonte: Epicovid19/Ufpel

18. Outros estudos corroboram esses números, constatando **maior proporção de anticorpos em populações indígenas quando comparadas aos demais grupos populacionais**, mostrando que a sua taxa de contaminação chega a ser cinco vezes maior que em pessoas brancas (**doc. 04**).¹⁷ Confira-se, a propósito, os seguintes gráficos:



19. No mesmo sentido, cresceram as evidências de que **os impactos da pandemia têm se mostrado mais severos sobre os indígenas, cujas taxas de mortalidades são sensivelmente maiores que a dos não indígenas**. Análise elaborada pela Fiocruz, a partir dos dados da

¹⁷ Cf. Hallal et al. *SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys*. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20303879>>. Em sentido semelhante, Otavio T. Ranzani *et al.* “Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data”. *The Lancet*. 15 jan. 2021. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930560-9>>.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

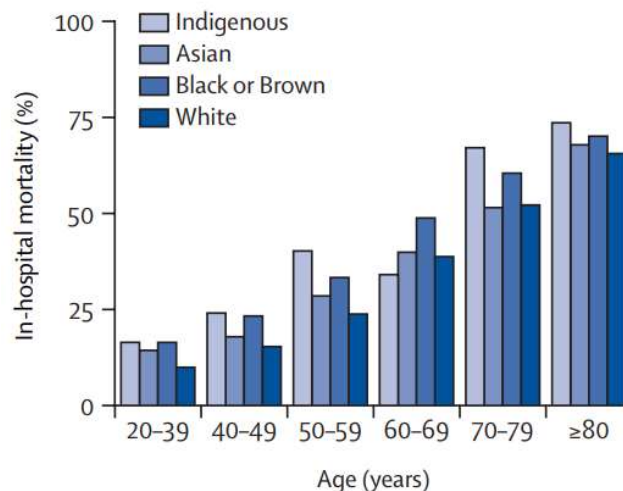
APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

população atendida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASISUS, mostra taxas de mortalidade de indígenas por Covid-19 mais elevadas, em comparação à população geral, principalmente na faixa etária a partir dos 50 anos.¹⁸ No mesmo sentido, estudo em vias de publicação (**doc. 03**) evidencia que:

*“Uma possibilidade de evidenciar potenciais desigualdades no impacto da pandemia entre os indígenas assistidos pelo SASI-SUS e a população geral é por meio da comparação de taxas de mortalidade específicas por idade reportadas pela SESAI, a partir do SIASI, e aquelas obtidas para a população geral, a partir do SIVEP-Gripe.2 Como pode ser visto na Figura 1, essa análise aponta para taxas de mortalidade superiores em pelo menos 50% nos indígenas em praticamente todas as faixas etárias. Os diferenciais de mortalidade entre indígenas e a população geral tendem a ser mais expressivos nos extremos de idade, com destaque para os grupos de 0 e 9 anos (razão de taxas: 7,1), 10 a 19 anos (razão de taxas: 3,6), 50 a 59 (razão de taxas: 2,3) e de 80 anos ou mais (razão de taxas: 2,1), que atinge a alarmante taxa de mortalidade de 1.369,4 óbitos por 100.000hab”.*¹⁹

20. Dados semelhantes constam em pesquisa publicada na prestigiada revista *The Lancet* (**doc. 05**), que constatou maior mortalidade de indígenas entre os pacientes hospitalizados em decorrência de Covid-19 entre fevereiro e agosto de 2020:²⁰



¹⁸ Fiocruz. “Povos Indígenas e Covid-19 no Brasil”. *Observatório Covid-19*. p. 16. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf>.

¹⁹ Pontes *et al.* “Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos”, p. 6-7. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. *Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021, no prelo.

²⁰ Otavio T. Ranzani *et al.* “Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data”. *Op. cit.* p. 7.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

21. Resta claro, portanto, que “a maior vulnerabilidade dos povos indígenas, seus distintos riscos no que se refere à transmissão da doença, as limitações das possibilidades e estratégias locais de contenção da pandemia e de acesso à atenção de alta complexidade, são fatores que resultam em risco elevado de mortalidade por COVID-19, particularmente nos extremos de idade da população”.²¹ Não é demais ressaltar os trágicos impactos socioculturais que a alta mortalidade, particularmente de idosos, representa para os povos indígenas, visto que os indivíduos de mais idade são os guardiões dos conhecimentos tradicionais, línguas e da memória das lutas históricas dessas comunidades.

22. Por tudo isso é que, no âmbito desta mesma ADPF nº 709, os consultores técnicos da Abrasco e Fiocruz posicionaram-se – mais de uma vez – em suas notas técnicas no sentido de que os indígenas fossem priorizados na vacinação da COVID-19 no Programa Nacional de Imunização, quando a vacina fosse autorizada. Confira-se:

“Assim, paralelamente as correções e complementações do Plano, deve-se em curto prazo de tempo:

[...]

*27) Incluir as populações indígenas no grupo de populações priorizadas para a distribuição da vacina para Covid-19, quando aprovada e regulamentada no Brasil”.*²²

*“Considerando o avanço no desenvolvimento para vacina da COVID-19, deve-se incluir as populações indígenas no grupo prioritário do Programa Nacional de Imunização, para a distribuição da vacina para Covid-19, quando aprovada e regulamentada no Brasil”*²³

²¹ Pontes *et al.* “Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos”. *Op. Cit.*

²² ABRASCO; FIOCRUZ. *Nota Técnica nº 2636/2020. Manifestação ao Supremo Tribunal Federal do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Fundação Oswaldo Cruz Referente a Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709.* Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/08/Resposta-intimacao-Fiocruz-Abrasco-Final-17-08-c2-2.pdf>>.

²³ ABRASCO; FIOCRUZ. *Nota Técnica em Resposta à Intimação 3073/2020. Manifestação ao Supremo Tribunal Federal do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Fundação Oswaldo Cruz Referente a Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709.* Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/10/manifestacao_Fiocruz_Abrasco_intimacao_3073_final-v2.pdf>.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

23. Pois bem. Nesse contexto, em que a especial vulnerabilidade ao Covid-19 se estende à generalidade dos indígenas brasileiros, a decisão do Ministério da Saúde de incluir no grupo de vacinação prioritária somente os indígenas aldeados em terras homologadas é manifestamente inconstitucional.

24. Constata-se, em primeiro lugar, que o tratamento discriminatório concedido aos diferentes grupos indígenas no caso em questão mostra-se injustificado, **violando o princípio da igualdade** (art. 5º, *caput*, CF/88). Segundo a jurisprudência desta eg. Corte, o princípio da isonomia, “*somado à consagração explícita do princípio do devido processo legal, se traduz na exigência da razoabilidade das disposições legais e na proscrição da lei arbitrária*”. Em outras palavras, é necessário que eventuais desequilíbrios normativos entre pessoas e situações “*estejam respaldadas em critérios objetivos e razoáveis*”,²⁴ o que não ocorre quando inexistente relação de correspondência lógica entre o motivo do tratamento diferenciado e o fator de desigualação utilizado pelo Estado.

25. Ora, como visto acima, o que justifica a prioridade de vacinação é a condição de indígena, devido a todas as suas características e particularidades que envolvem maior vulnerabilidade em relação à Covid-19. Inexiste diferença substancial, para a vulnerabilidade socioepidemiológica que atinge os indígenas brasileiros, no fato de eles residirem em terras demarcadas, em territórios cujo processo de demarcação ainda não foi concluído ou que vivam em contextos urbanos. É injustificável, sob a ótica da isonomia, que pessoas que se encontram, sob o ângulo dos valores envolvidos, em situações semelhantes, submetam-se a tratamentos tão díspares.

26. No que diz respeito à exclusão dos indígenas aldeados em terras não homologadas, cumpre destacar que este e. STF já se pronunciou nesta ADPF sobre a inconstitucionalidade da utilização, pelo governo federal, da residência em terras demarcadas como critério para eximir-se de fornecer o necessário atendimento de saúde à parcela da população indígena. Conforme bem observou Vossa Excelência, em sede cautelar, em decisão referendada unanimemente pelo Plenário nesta parte:

²⁴ Jane Reis Gonçalves Pereira. *Interpretação Constitucional e Direitos Fundamentais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 361.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

“É inaceitável a postura da União com relação aos povos indígenas aldeados localizados em Terras Indígenas não homologadas. A identidade de um grupo como povo indígena é, em primeiro lugar, uma questão sujeita ao autorreconhecimento pelos membros do próprio grupo. Ela não depende da homologação do direito à terra. Ao contrário, antecede o reconhecimento de tal direito.

[...]

Além disso, trata-se, como já mencionado, de um estado de coisas em que o Chefe do Executivo declarou que não demarcaria ou homologaria mais 1 cm de terra indígena durante seu mandato. Nessas condições, portanto, tais indígenas têm todos os seus direitos negados. Recusam-lhes seu direito ao território, a seus recursos naturais, à sua cultura e à subsistência tradicional. Como se não bastasse, o Estado nega-se, ainda, a prestar-lhes serviço de assistência à saúde, em meio a uma pandemia mundial, que já matou mais de 60.000 brasileiros, expondo-os a risco de extermínio.”²⁵

27. Deve-se destacar, à exemplo do que fez Vossa Excelência, que o processo de demarcação é de responsabilidade do próprio Estado brasileiro e que, nesse contexto, os indígenas não podem ser penalizados ou ter seus direitos subtraídos, em razão da mora estatal em fazer cumprir o que está determinado na Constituição: a demarcação das terras indígenas (art. 231). Entender o contrário significaria permitir que um governo como o atual, que se vangloria de não demarcar mais “*nem um centímetro*” de terras indígenas, possa valer-se de sua própria recusa em cumprir esse importante dever constitucional para alijar indígenas de políticas públicas voltadas a essa população. E a desigualação torna-se ainda mais grave e odiosa, já que se reflete no direito à saúde e à vida dos contingentes discriminados.

28. Conforme já assentou a jurisprudência desta do STF,²⁶ os direitos atinentes aos povos indígenas, sejam territoriais ou de outra natureza, independem da demarcação de suas terras, decorrendo diretamente do texto constitucional.²⁷ Em julgamento recente, que versava sobre a

²⁵ STF. ADPF 709 MC-Ref, Tribunal Pleno, Rel. Min. Roberto Barroso, DJe 07/10/2020.

²⁶ Nesse sentido, vide: STF. ACO n.º 312/BA. Tribunal Pleno. Rel. p/ Acórdão: Ministro Luiz Fux. DJe: 21.03.2013; e STF. ADC n.º 42. Tribunal Pleno, Rel. Min Luiz Fux. DJE: 13.08.2019 e STF.

²⁷ De acordo com o magistério de José Afonso da Silva, “não é da demarcação que decorre qualquer dos direitos indígenas. A demarcação não é título de posse nem de ocupação das terras. Como mencionamos há pouco, os direitos dos indígenas sobre essas terras independem de demarcação. Esta é constitucionalmente exigida no interesse dos índios. É uma atividade da União, não em prejuízo dos índios, mas para proteger os seus direitos e interesses. Está dito: competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus direitos (art.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASILAPOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB**Assessoria Jurídica**

exigência da demarcação de terra indígena para a aplicação das disposições do Código Florestal, esta e. Corte assentou que:

*“a exigência de demarcação de terras indígenas e da titulação das áreas de povos e comunidades tradicionais, como pressuposto para a aplicação do aludido regime especial, viola o art. 231 da CF e o art. 68 da ADCT. A demarcação e a titulação de territórios têm caráter meramente declaratório e não constitutivo, pelo que o reconhecimento dos direitos respectivos, inclusive a aplicação de regimes ambientais diferenciados, não pode depender de formalidades que nem a própria Constituição determinou, sob pena de violação da isonomia e da razoabilidade”.*²⁸

29. De se concluir, portanto, que o estágio do processo de demarcação das terras indígenas é indiferente para que os indígenas tenham sua identidade e direitos específicos reconhecidos e resguardados, de modo que cabe ao Estado brasileiro vacinar todos os indígenas, em terras homologadas ou não, ao invés de criar critério absolutamente arbitrário para justificar sua mora, sujeitando os indígenas a ameaças ainda mais atroz em virtude da pandemia.

30. A compreensão do quadro fático vivenciado corrobora essa conclusão. Tomando-se apenas o Mato Grosso do Sul como exemplo, constata-se a existência de mais de 70 acampamentos indígenas (Guarani, Kaiowá e Terena) à beira de estradas e/ou fundos de fazendas aguardando a conclusão da demarcação de seus territórios.²⁹ Realidade similar também é encontrada nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Bahia, entre outros. Ora, justamente porque não se encontram em terras cujo processo de demarcação foi definitivamente concluído pelo Estado brasileiro, essas populações indígenas se encontram ainda mais vulneráveis. Por não deterem o usufruto exclusivo de suas terras, sobrevivem em um contexto de inúmeras violências, ameaças e privações, convivendo com insegurança alimentar, dificuldade de acesso a água potável e a atendimento médico e hospitalar. Isto torna esses indígenas extremamente indefesos face à pandemia de Covid-19.

231)” (José Afonso da Silva. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 38. ed. São Paulo: Malheiros, 2015, p. 879).

²⁸ Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. ADC n.º 42. Relator: Ministro Luiz Fux. DJE: 13.08.2019, grifos acrescentados.

²⁹ Sobre acampamentos indígenas no Mato Grosso do Sul: L. H. Eloy Amado. *Poké'exa Ûti: o território indígena como direito fundamental para o etnodesenvolvimento local*. Campo Grande, 2014.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

31. Não há, assim, qualquer justificativa possível para a exclusão dos indígenas residentes em áreas não demarcadas do grupo prioritário de vacinação para a Covid-19. A gravidade da conduta do governo federal na matéria fica muito evidente quando se observa que o Ministério da Saúde **não destinou até o momento nenhuma dose de vacina para os indígenas do estado do Rio Grande do Norte.**³⁰ **embora seja público e notório o fato de que os povos Potiguara e Tapuia habitam a região.**³¹

32. Tampouco se justifica a discriminação instituída pelo Ministério da Saúde em relação à vacinação dos indígenas situados em contextos urbanos. Conforme bem reconheceu Vossa Excelência, no julgamento da medida cautelar na ADPF nº 709:

*“[...] povos indígenas localizados em zona urbana também constituem povos indígenas e, nessas condições, gozam dos mesmos direitos que todo e qualquer povo indígena. O fato de se localizarem em área urbana pode se dever: (i) ao avanço das cidades, (ii) à necessidade de deslocamento de lideranças, (iii) à busca de escolas ou de empregos, entre outros. A mera residência em área urbana não torna o indígena aculturado, tampouco implica a inexistência de necessidades, cultura e costumes particulares.”*³²

33. É importante ressaltar que, na oportunidade, foi afirmada a inconstitucionalidade da exclusão dos indígenas em contexto urbano dos serviços de saúde dedicados à população indígena em geral. Essa exclusão parte do pressuposto anacrônico, equivocado – e incompatível com a Constituição de 88 – de que os indígenas só mantêm sua identidade se vivem fora das áreas urbanas, em aldeias e comunidades distantes, preferencialmente com pouco ou nenhum contato com a chamada “civilização”.

³⁰ Cf. “Ministério da Saúde começa a distribuição da CoronaVac para todo o Brasil”. *Portal G1*. 17/01/2021. Disponível em <<https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/01/17/ministerio-da-saude-comeca-a-distribuicao-da-coronavac-para-todo-brasil.ghtml>>.

³¹ A própria Funai reconhece esse fato, como se verifica de notícia em seu sítio eletrônico a respeito da entrega de cestas básicas a comunidades indígenas do Rio Grande do Norte: Funai, *Comunidades indígenas no Rio Grande do Norte recebem mais de 1,3 mil cestas de alimentos*. Disponível em <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/6178-comunidades-indigenas-no-rio-grande-do-norte-recebem-mais-de-1-3-mil-cestas-de-alimentos>, acesso em 20.jan.2021

³² STF. ADPF 709 MC-Ref, Tribunal Pleno, Rel. Min. Roberto Barroso, DJe 07/10/2020.



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

34. Embora a concessão da medida cautelar deferida na ADPF nº 709 não tenha, ao final, se estendido a indígenas não aldeados, isso se deveu apenas em razão de considerações de ordem prática, que não se aplicam ao presente caso.

35. Observe-se a complexidade da situação dos indígenas não aldeados no Brasil - que em nada afasta a maior vulnerabilidade socioepidêmica. Enquanto em estados como São Paulo e Rio de Janeiro a presença indígena em cidades é grande, e em geral provocada pela constante busca de trabalho, renda e profissionalização, existem numerosas localidades nas quais podem-se encontrar aldeias urbanas oficialmente reconhecidas e acampamentos indígenas aguardando regularização habitacional. Na cidade de Campo Grande, por exemplo, existem quatro aldeias urbanas e ao menos mais quatro acampamentos de indígenas na periferia. Esta mesma realidade é encontrada em outros centros urbanos como Manaus e Brasília.

36. Além disso, o Censo da Educação Superior, divulgado pelo Ministério da Educação em 2017, mostra que o número de indígenas matriculados em instituições públicas e privadas cresceu 52,5% de 2015 para 2016, passando de 32.147 para 49.026.³³ Esses indígenas, que deixam suas comunidades de forma temporária, não estão incluídos no plano de vacinação.

37. É preciso entender, de uma vez por todas, que a identidade étnica independe do local onde o indígena esteja. Ou seja, ninguém deixa de ser indígena pelo fato de estar na cidade trabalhando e/ou estudando.³⁴

38. Não bastasse a violação à isonomia e a clara afronta ao entendimento fixado na decisão cautelar proferida por esta Suprema Corte na ADPF nº 709, o tratamento discriminatório instituído pelo Ministério da Saúde também ofende os direitos fundamentais à saúde (art. 6º e 196), à vida (art. 5º, *caput*) e o direito dos povos indígenas a viverem de acordo com suas cultura e tradições (art. 231).

³³ Funai. **Estudantes indígenas ganham as universidades**. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/4814-estudantes-indigenas-ganham-as-universidades>, acesso em 20.jan.2021.

³⁴ Para saber, consular: SOUZA LIMA, A.C. **A educação superior de indígenas no Brasil: balanços e perspectivas**. 1. ed. - Rio de Janeiro: E-papers, 2016.

**ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL**

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

39. De um lado, alijar indígenas não aldeados ou que vivam em terras não homologadas de posição prioritária no plano nacional de vacinação significa, em última análise, negar-lhes o direito constitucional de receber assistência sanitária compatível com a sua vulnerabilidade socioepidêmica. Com isso, não se preserva a saúde e o direito à vida de parcela populacional que está especialmente suscetível à contaminação por Covid-19, e que apresenta altas taxas de mortalidade associadas à doença, superior a de outros grupos populacionais.

40. De outro lado, qualquer interpretação capaz de colocar em risco a integridade de indígenas que estejam em espaço diferente de suas terras tradicionais definitivamente demarcadas afronta o direito desses indivíduos de serem tratados de acordo com a sua cultura. Como já ressaltado nesta petição, o art. 231, *caput*, CF/88, confere expressa proteção a todos os povos originários do Brasil, bem como à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. Nas palavras de Carlos Frederico Marés de Souza Filho, “*o reconhecimento da organização social e cultural dos povos indígenas é o centro da mudança de paradigmas estabelecida pela Constituição de 1988*” e “*o processo de desenvolvimento e os caminhos para o futuro são assuntos internos de cada povo, que compõem o seu direito à organização social própria*”.³⁵ Nisso está inserido, sem dúvida, o direito de todo indígena de que seus direitos sociais – inclusive a saúde – sejam-lhe assegurados de acordo com “*sua identidade social e cultural, seus costumes e tradições e suas instituições*” (art. 2.1.b da Convenção nº 169 da OIT).

41. Por tudo isso, deve este eg. STF determinar que o Ministério da Saúde se abstenha de instituir discriminação entre os indígenas por razões geográficas, passando a incluir no grupo da Fase 1 do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 os indígenas residentes em áreas não demarcadas e os indígenas em contextos urbanos.

– IV –**MEDIDA CAUTELAR**

42. Os requisitos para concessão de medida cautelar estão presentes.

³⁵ Carlos Frederico Marés de Souza Filho. “Comentário aos arts. 231 e 232”. In: J. J. Gomes Canotilho. *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2018, p. 2254.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASILAPOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB**Assessoria Jurídica**

43. A fumaça do bom direito (*fumus boni juris*) está suficientemente caracterizada pelos argumentos deduzidos nesta petição, que demonstram o cabimento deste aditamento, bem como pelo fato de que, no exame do referendo à medida cautelar na ADPF nº 709, este eg. STF já reconheceu a inconstitucionalidade da discriminação entre indígenas para fins de acesso à serviços de saúde, notadamente no contexto de pandemia causada pelo Covid-19.

44. O perigo na demora (*periculum in mora*), por sua vez, é também evidente. Afinal, até que esta eg. Corte venha a emitir pronunciamento definitivo a respeito do descumprimento a preceitos fundamentais ora apontados, é provável que a campanha de vacinação já tenha se encerrado, com a grave discriminação ora apontada. Os efeitos sobre a saúde e vida desses indígenas discriminados, bem como sobre suas comunidades e cultura, será gravíssimos e irreversíveis. Afinal, trata-se de grupo, repita-se, de elevada vulnerabilidade socioepidemiológica e que já experimenta altíssimas taxas de mortalidade por Covid-19.

45. Por todo o exposto, espera a Arguente a concessão da medida cautelar para que, até o julgamento definitivo da ADPF nº 709, **esta eg. Corte determine à União Federal a inclusão de todos os indígenas – inclusive os residentes em áreas não homologadas, os que vivem fora de suas aldeias, seja na zona urbana ou rural – no grupo da Fase 1 do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.**

– V –

DO PEDIDO DEFINITIVO

Isto posto, postula a APIB:

- a) a concessão da medida cautelar, nos termos expostos acima;
- b) a notificação do Exmo. Procurador-Geral da República, para que emita o seu parecer, nos termos do art. 103, §3º, da Constituição;
- c) seja o presente requerimento admitido como aditamento à ADPF nº 709, decorrente de fato normativo, e, no mérito, julgado procedente o pedido, para



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB

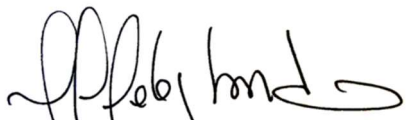
Assessoria Jurídica

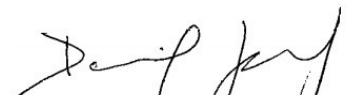
determinar que a União Federal inclua *todos* os indígenas – inclusive os residentes em áreas não homologadas, os que vivem fora de suas aldeias, seja na zona urbana ou rural – no grupo da Fase 1 do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19;

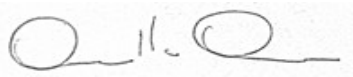
- d) subsidiariamente, caso inadmitido o presente requerimento como aditamento à ADPF nº 709, seja o mesmo recebido como Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, com pedido de medida cautelar, a ser distribuída por prevenção à ADPF nº 709, em razão de conexão. Nessa hipótese, requer-se a concessão da liminar e, após ouvidas as autoridades competentes, que seja julgado procedente o pedido para determinar que a União Federal inclua *todos* os indígenas – inclusive os residentes em áreas não homologadas, os que vivem fora de suas aldeias, seja na zona urbana ou rural – no grupo da Fase 1 do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

P. deferimento.

Brasília, 28 de janeiro de 2021.


LUIZ HENRIQUE ELOY AMADO
OAB/MS 15.440


DANIEL SARMENTO
OAB/RJ 73.032


CAMILLA GOMES
OAB/RJ nº 179.620


JOÃO GABRIEL PONTES
OAB/RJ nº 211.354



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO DO POVO TERENA -
ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

ROL DE DOCUMENTOS

- | | |
|----------------|--|
| Doc. 01 | Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 |
| Doc. 02 | Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 |
| Doc. 03 | Artigo “ <i>Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: Cenários sociopolíticos e epidemiológicos</i> ” |
| Doc. 04 | Artigo “ <i>SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys</i> ” |
| Doc. 05 | Artigo “ <i>Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data</i> ” |



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

Informe Técnico

Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19

Brasília, 19/01/2021

Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO DA VACINAÇÃO	6
2.1. Objetivos Específicos.....	6
3. POPULAÇÃO-ALVO	7
3.1 META DE VACINAÇÃO	8
4. ESPECIFICAÇÕES DA VACINA QUE SERÁ DISPONIBILIZADA NA CAMPANHA	9
4.1. Vacina Coronavac COVID-19 (Sinovac/Butantan)	9
4.2. Conservação da Vacina	10
4.3. Esquema de vacinação	10
4.4. Estratégia de vacinação dos grupos prioritários na primeira etapa.....	10
4.5. Procedimento para a administração das vacinas.....	11
4.6. Administração simultânea com outras vacinas	11
5. CRONOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS.....	13
5.1. Disponibilidade de seringas e agulhas a serem utilizadas na estratégia de vacinação.....	14
6. RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA DE PREVENÇÃO À TRANSMISSÃO DA COVID-19 NAS AÇÕES DE VACINAÇÃO.....	15
USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	17
7. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS PROVENIENTES DA VACINAÇÃO	18
8. FARMACOVIGILÂNCIA.....	19
8.1. Precauções	20
8.2. Contraindicações	22
9. REGISTRO E INFORMAÇÃO	23
9.1. O registro do vacinado	23
9.2. O registro da movimentação da Vacina	25
10. COMUNICAÇÃO SOCIAL	26
10.1. Operacionalização da Campanha.....	26
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXOS.....	29

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), realizará a campanha nacional de vacinação contra a covid-19, de forma gradual, a iniciar em janeiro de 2021.

Na ocasião, o início da vacinação se dará pelos trabalhadores da saúde, pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas), pessoas maiores de 18 anos com deficiência residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas) e indígenas vivendo em terras indígenas em conformidade com os cenários de disponibilidade da vacina.

Esta ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Para o êxito da campanha de vacinação, conforme aumento na disponibilidade de vacinas, estima-se o funcionamento de aproximadamente 50 mil postos de vacinação.

Este informe apresenta as diretrizes e orientações técnicas e operacionais para a estruturação e operacionalização da campanha nacional de vacinação contra a covid-19.

1. INTRODUÇÃO

A covid-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de uma infecção respiratória aguda potencialmente grave e de distribuição global, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com covid-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Entretanto, uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 desenvolvem formas graves da doença. Pessoas idosas e/ou com morbididades, a exemplo de pessoas com problemas cardíacos e pulmonares, diabetes ou câncer, dentre outros, têm maior risco de evoluírem para formas graves da doença. É sabido que as medidas não farmacológicas para conter a transmissão do novo coronavírus, que apesar de terem sido fundamentais até o presente momento tem elevado custo social e econômico, tornando-se imprescindível dispor de uma vacina contra a doença.

De acordo com o panorama da OMS, atualizado em 12 de janeiro de 2021, existem 173 vacinas COVID-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 63 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica, das quais 20 encontram-se na fase III de ensaios clínicos. Mediante busca mundial de uma vacina COVID-19, o governo brasileiro viabilizou crédito orçamentário extraordinário em favor do Ministério da Saúde, para garantir ações necessárias à produção e disponibilização de vacinas COVID-19 à população brasileira. Por se tratar de uma busca mundial pela tecnologia, produção e aquisição do imunobiológico, a disponibilidade da vacina é inicialmente limitada.

Considerando a disponibilidade limitada de doses da vacina faz-se necessária a definição de grupos prioritários para a vacinação. Neste cenário os grupos de maior risco para agravamento e óbito deverão ser priorizados. Além disso, no contexto pandêmico que se vive, com a grande maioria da população ainda altamente suscetível à infecção pelo vírus, também é prioridade a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

De acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, foram definidos grupos alvo da campanha, a saber: idosos (60 anos ou mais), indígenas vivendo em terras indígenas, trabalhadores da saúde, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas com determinadas morbididades (ver descritivo no Anexo I), população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, pessoas em situação de rua, forças de segurança e salvamento, Forças Armadas, pessoas com deficiência

permanente grave, trabalhadores da educação, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário passageiros urbano e de longo curso, trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário, trabalhadores de transporte aéreo, trabalhadores portuários, trabalhadores de transporte aquaviário.

Nessa perspectiva, este documento trata das diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação, abordando a logística do armazenamento e distribuição das vacinas, o registro das doses administradas e a vigilância de possíveis eventos adversos pós-vacinação (EAPV), além de comunicação e mobilização sobre a importância da vacinação.

2. OBJETIVO DA VACINAÇÃO

Redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

2.1. *Objetivos Específicos*

- ❖ Vacinar os grupos de maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos;
- ❖ Vacinar trabalhadores da saúde para manutenção dos serviços de saúde e capacidade de atendimento à população;
- ❖ Vacinar os indivíduos com maior risco de infecção;
- ❖ Vacinar os trabalhadores dos serviços essenciais.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo da campanha nacional de vacinação contra a covid-19, mencionadas na introdução deste informe (descritas no Anexo I), foram priorizadas segundo os critérios de exposição à infecção e de maiores riscos para agravamento e óbito pela doença. O escalonamento desses grupos populacionais para vacinação se dará conforme a disponibilidade das doses de vacina, após liberação para uso emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O Ministério da Saúde iniciará a campanha nacional de vacinação contra a covid-19 com um total de 6 milhões de doses da vacina Sinovac (Butantan). **Ressalta-se que esta vacina tem indicação de duas doses para completar o esquema vacinal.**

Neste cenário, considerando as duas doses para completar o esquema vacinal (intervalo de 2 a 4 semanas entre elas) e o percentual de perda operacional de 5%, estima-se vacinar nesta primeira etapa cerca de 2,8 milhões de pessoas, priorizando os grupos que seguem:

- ❖ Trabalhadores da saúde (ver estrato populacional abaixo)
- ❖ Pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas);
- ❖ Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas);
- ❖ População indígena vivendo em terras indígenas.

Diante das doses disponíveis para distribuição inicial às UF e a estimativa populacional dos trabalhadores de saúde, será necessária uma ordem de priorização desse estrato populacional. Assim, recomenda-se a seguinte ordem para vacinação dos trabalhadores da saúde conforme disponibilidade de doses, sendo facultado a Estados e Municípios a possibilidade de adequar a priorização conforme a realidade local:

- ❖ Equipes de vacinação que estiverem inicialmente envolvidas na vacinação dos grupos elencados para as 6 milhões de doses;
- ❖ Trabalhadores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e de Residências Inclusivas (Serviço de Acolhimento Institucional em Residência Inclusiva para jovens e adultos com deficiência);
- ❖ Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid-19;
- ❖ Demais trabalhadores de saúde

Cabe esclarecer que **TODOS os trabalhadores da saúde serão contemplados com a vacinação**, entretanto a ampliação da cobertura desse público será gradativa, conforme

disponibilidade de vacinas. Ressalta-se ainda que as especificidades e particularidades regionais serão discutidas na esfera bipartite (Estado e Município).

3.1. META DE VACINAÇÃO

Tendo em vista o objetivo principal da vacinação, de reduzir casos graves e óbitos pela covid-19, é fundamental alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais. Para tanto, todos os esforços devem estar voltados para vacinar toda a população alvo. Portanto, o PNI estabeleceu como meta, vacinar ao menos 90% da população alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contraindicações à vacinação.

4.ESPECIFICAÇÕES DA VACINA QUE SERÁ DISPONIBILIZADA NA CAMPANHA

A Campanha Nacional de vacinação contra a covid-19 iniciará com a vacina Sinovac/Butantan (Quadro 1)

4.1. Vacina Coronavac COVID-19 (Sinovac/Butantan)

A vacina desenvolvida pelo laboratório Sinovac em parceria com o Butantan é uma vacina contendo o **vírus SARS-CoV-2 inativado**.

Os estudos de soroconversão da vacina Sinovac/Butantan, demonstraram resultados de > 92% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e > 97% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 28 dias.

A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 2 semanas. Para prevenção de casos sintomáticos de covid-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar a eficácia foi de 77,96%. Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra 7 casos graves no grupo placebo.

Quadro 1 - Especificações da vacina COVID-19: Sinovac/Butantan. Brasil, 2021

	Sinovac - Butantan
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso	maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 0,5 mL (frasco monodose)
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 2-4 semanas
Composição por dose	0,5mL contém 600 SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2
Prazo de validade e conservação	24 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura
	2°C a 8°C
Validade após abertura do frasco	Imediatamente após abertura do frasco
	

Dados sujeitos a alterações

* a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país.

Fonte: CGPNI/SVS/MS

4.2. Conservação da Vacina

Para garantir a potência das vacinas COVID-19, é necessário mantê-las em condições adequadas de conservação, com temperatura controlada, e em conformidade com as orientações do fabricante e aprovação pela Anvisa. A exposição acumulada da vacina a temperaturas fora das preconizadas, ou diretamente à luz, em qualquer etapa da cadeia, gera uma perda de potência que não poderá ser restaurada.

As vacinas deverão ser acondicionadas em temperatura de +2°C e +8°C nas câmaras frias/refrigeradas. Referente a preparação da caixa térmica, essa deverá obedecer as recomendações já definidas no Manual de Normas e Procedimentos para vacinação disponível no link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

ATENÇÃO

A vacina Sinovac/Butantan contém adjuvante de alumínio, quando expostas à temperatura abaixo de +2° C, podem ter perda de potência em caráter permanente.

4.3. Esquema de vacinação

A vacina proveniente do laboratório Sinovac/Butantan, deverá ser administrada exclusivamente por **via intramuscular em esquema de duas doses**, com intervalo determinado conforme segue:

- ❖ **Vacina Sinovac/Butantan:** intervalo entre as doses, de 02 a 04 semanas.

Destaca-se que, em caso de alguma ocorrência que impeça o indivíduo de retornar no prazo determinado, é possível tomar a 2ª dose para completar o esquema.

4.4. Estratégia de vacinação dos grupos prioritários na primeira etapa

Nesse primeiro momento, recomenda-se realizar a vacinação com equipes volantes, nos próprios serviços de saúde priorizados para a vacinação (serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid-19), Instituições de Longa Permanência de Idosos, residências inclusivas de pessoas com deficiência e em terras indígenas. Para otimizar o tempo e não perder oportunidades, **ao vacinar os idosos e as pessoas com deficiência, institucionalizados, é importante também incluir os trabalhadores de saúde que fazem parte do corpo técnico dessas instituições.**

4.5. Procedimento para a administração das vacinas

A administração da vacina será pela **via intramuscular (IM)**, no **músculo deltóide**, observando a via e dosagem orientadas pelo laboratório. Contudo poderá ser realizado no vasto lateral da coxa **caso haja algum impedimento ou especificidade**. Outra área alternativa para a administração será a ventroglútea, devendo ser utilizada por profissionais capacitados.

Serão utilizadas para aplicação seringas e agulhas com as seguintes especificações:

- ❖ **seringas** de plástico descartáveis (de 1,0 ml, 3,0 ml, 5,0 ml);
- ❖ **agulhas** descartáveis de para uso **intramuscular**: 25 x 6,0 dec/mm; 25 x 7,0 dec/mm; 25 x 8,0 dec/mm e 30 x 7,0 dec/mm.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ❖ Recomenda-se que seja feita curta anamnese com o paciente para constatação acerca de alergias, histórico de Síndrome Vasovagal e possíveis sinais e sintomas de síndrome gripal e/ou síndrome febril aguda, antes da aplicação da vacina.
- ❖ No caso de indivíduo com histórico de Síndrome Vasovagal, colocá-lo em observação clínica por pelo menos 15 minutos após a administração da vacina.
- ❖ Recomenda-se observar a presença de sangramento ou hematomas após uma administração intramuscular em indivíduos recebendo terapia anticoagulante ou aqueles com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação (como hemofilia). Orienta-se pressionar o algodão no local da aplicação por mais tempo. Caso ocorra sangramento encaminhar para atendimento médico.
- ❖ Ao final do expediente e considerando a necessidade de otimizar doses ainda disponíveis em frascos abertos, a fim de evitar perdas técnicas, direcionar o uso da vacina para pessoas contempladas em alguns dos grupos priorizados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19. **NÃO DEIXE DE VACINAR!!**
NÃO DESPERDICE DOSES DE VACINA!!

Demais especificidades acessar o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação disponível no link

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

4.6. Administração simultânea com outras vacinas

Considerando a ausência de estudos de coadministração, neste momento não se recomenda a administração simultânea das vacinas COVID-19 com outras vacinas. Desta forma, preconiza-se um

intervalo mínimo de 14 dias entre as vacinas COVID-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.

5. CRONOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS

Considerando as doses disponíveis para o início da campanha e os grupos prioritários elencados neste informe, apresenta-se no **ANEXO 2** a população-alvo para vacinação e a distribuição das doses de vacina COVID-19 para execução da primeira etapa da campanha.

Observado o total de doses recebidas para o início da campanha e a importância de se promover o maior alcance da população, adotou-se a seguinte estratégia, considerando perda operacional de 5%:

- ❖ **Sinovac/Butantan (frasco unidose):** as UF serão contempladas com as duas **doses (D1 e D2) simultaneamente** por pessoa a vacinar. O intervalo considerado para essa **vacina é de 2 a 4 semanas**.
- ❖ As vacinas necessárias para a segunda dose serão, preferencialmente, armazenadas nas centrais estaduais devendo o fluxo e cronograma de distribuição ser acordado entre Estados e Municípios.

Neste sentido, a distribuição das vacinas foi realizada por UF de forma proporcional e igualitária, observadas a necessidade de manutenção em cartuchos fechados (embalagem secundária) onde consta inscrito o contexto da autorização “Uso Emergencial”, plano de distribuição por UF disponível no **ANEXO 2**.

Importante destacar a apresentação das embalagens para aplicação do conceito de arredondamento utilizado no plano de distribuição: Sinovac/Butantan cartuchos de 40 frascos com 1 dose, 40 doses por cartucho. Dada a necessidade da logística de distribuição aos Pólos base dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, população com previsão na Fase I, consta no plano de distribuição, indicado de forma específica, o total de doses e embalagens para cada UF destinada à população indígena e à população em geral (institucionalizados: 60 e mais e pessoas com deficiência; e trabalhador da saúde).

O Ministério da Saúde reitera que, à medida em que o laboratório disponibilizar novos lotes de vacina, o Programa Nacional de Imunizações irá dispor de novas grades de distribuição e cronogramas de vacinação dos grupos prioritários, conforme previsto no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

Considerando os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a aplicação de excepcionalidades a requisitos específicos de rotulagem e bulas de medicamentos, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus, previstos na Resolução

da Diretoria Colegiada RDC nº400 de 21 de julho 2020, a bula da vacina Sinovac/Butantan traduzida será disponibilizada por meio do site do Instituto Butantan, disponível em vacinacovid.butantan.gov.br e do site da Anvisa: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>.

5.1. Disponibilidade de seringas e agulhas a serem utilizadas na estratégia de vacinação

O Ministério da Saúde irá apoiar os Estados e Municípios com o envio de seringas e agulhas para a realização dessa ação de imunização, devido ao momento de pandemia.

Para o início da campanha, está disponível para distribuição, ainda em janeiro, o quantitativo de 15 milhões de seringas e agulhas aos Estados. A prioridade na distribuição será daqueles entes que estejam com baixo nível de estoque desses insumos, uma vez que o fornecimento ao Ministério será realizado de forma gradual.

6. RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA DE PREVENÇÃO À TRANSMISSÃO DA COVID-19 NAS AÇÕES DE VACINAÇÃO.

Considerando o atual cenário de transmissão comunitária da covid-19 em todo território nacional, faz-se necessária a manutenção das medidas não farmacológicas de prevenção à transmissão do vírus. Durante o momento da campanha, vários formatos de organização do processo de trabalho das equipes podem ser admitidos com intuito de vacinar o maior número de pessoas entre o público-alvo estabelecido neste plano e, ao mesmo tempo, evitar aglomerações.

Nesse sentido, é muito importante que as Secretarias Municipais de Saúde e a rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) estabeleçam parcerias locais com instituições públicas a fim de descentralizar a vacinação para além das Unidades da APS. Possíveis parceiros podem ser os serviços de assistência social, a rede de ensino, as Forças Armadas, os centros de convivência, entre outros.

No âmbito da APS, sugere-se as seguintes estratégias que podem ser adotadas isoladamente ou de forma combinada pelos serviços:

- ❖ Articular e organizar a APS mantendo, quando possível e necessário, horário estendido, a fim de aumentar a oferta de vacinação para horários alternativos, como hora do almoço, horários noturnos e finais de semana. Nesse sentido, unidades com mais de uma equipe podem se organizar em escalas de trabalho flexíveis a fim de garantir o quantitativo de profissionais necessários para assegurar acesso da população à vacina durante todo o horário de funcionamento do serviço. Nesse cenário, faz-se necessário dimensionar o quantitativo de vacinas, incluindo a demanda estimada nos horários estendidos;
- ❖ Se necessário, buscar parcerias com cursos de graduação da área da saúde com o objetivo de ter equipes de apoio adicional às estratégias de vacinação;
- ❖ Como a vacinação ocorrerá principalmente durante a semana, é importante organizar os serviços de modo que a vacinação não prejudique os demais atendimentos na APS, incluindo a vacinação de rotina. Sugere-se, quando possível, a reserva de um local específico na unidade de saúde para administração das vacinas da campanha;
- ❖ Realizar triagem rápida, preferencialmente no momento de identificação/cadastro do usuário, para identificar pessoas com sinais e sintomas de doença respiratória e síndrome gripal, as quais não deverão ser vacinadas. As mesmas devem ser redirecionadas para o

atendimento em saúde;

- ❖ Realizar triagem rápida para identificar pessoas com contraindicações à vacinação ou com necessidade de precauções adicionais, conforme descrito no tópico específico deste informe.
- ❖ Se necessário, realizar vacinação extramuros de acordo com as especificidades dos grupos elencados para vacinação;
- ❖ Realizar vacinação domiciliar para aqueles com dificuldade de locomoção: idosos, pessoas portadoras de necessidades especiais, entre outros;
- ❖ Avaliar a viabilidade da utilização da estratégia de vacinação nos serviços de saúde priorizados para a vacinação, instituições de longa permanência de idosos e de pessoas com deficiência (incluindo seus trabalhadores) e aldeias indígenas.

NA UNIDADE DE SAÚDE E LOCAIS DE VACINAÇÃO

- ❖ Fixar cartazes para comunicação à população sobre as medidas de prevenção e controle (etiqueta respiratória), sinais e sintomas de síndrome gripal e outras informações sobre a covid-19;
- ❖ Organizar os serviços conforme protocolos locais de prevenção da covid-19 e/ou manuais do Ministério da Saúde para a porta de entrada dos atendimentos na UBS e para os locais de vacinação;
- ❖ Disponibilizar locais para higienização das mãos ou ofertar dispenser com álcool em gel na concentração de 70%, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e da população que buscar a vacinação em locais de destaque,
- ❖ Sempre que possível utilizar sistema de agendamento para evitar acúmulo de pessoas na fila de espera;
- ❖ Aumentar a distância nas filas, entre uma pessoa e outra (no mínimo um metro). Sugere-se, para tanto, a marcação de distanciamento físico no chão para orientar a distância entre as pessoas na fila;
- ❖ Ampliar a frequência de limpeza de pisos, corrimãos, maçanetas e banheiros com solução de água sanitária e a desinfecção de fômites e superfícies com álcool a 70%;
- ❖ Manter comunicação frequente com a equipe de vigilância em saúde do Município para organização do fluxo de rastreamento e monitoramento dos casos suspeitos de covid -19.

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de saúde envolvidos na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, tem como objetivo a proteção destes trabalhadores, bem como a segurança dos indivíduos que serão atendidos pela vacinação. Nesse sentido, seguem abaixo as orientações:

- **EPI obrigatórios durante a rotina de vacinação:**
 - Máscara cirúrgica: obrigatória durante todo o período de vacinação, prevendo-se a troca, sempre que estiver suja ou úmida.
 - **EPI recomendados durante a rotina de vacinação:**
 - Proteção ocular: Protetor facial (face shield) ou óculos de proteção;
 - Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;
 - **EPI com possibilidade de uso eventual (somente para situações específicas):**
 - Luvas: Não está indicada na rotina de vacinação. Dispor de quantitativo na unidade somente para indicações específicas: vacinadores com lesões abertas nas mãos ou raras situações que envolvam contato com fluidos corporais do paciente. Se usadas, devem ser trocadas entre os pacientes, associadas à adequada higienização das mãos.
- ❖ Para acesso aos cartazes sobre a Covid-19 ou outras informações, acesse o site: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7236>
- ❖ Para maiores informações entre em contato com o 136.

7. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS PROVENIENTES DA VACINAÇÃO

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução nº 18, de 23 de março de 2018, que dispõe sobre a classificação de riscos de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e os níveis de biossegurança a serem aplicados nas atividades e projetos com OGM e seus derivados em contenção. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

Diante disso, para um adequado gerenciamento de resíduos voltado para a vacinação contra a Covid-19, orienta-se o descarte dos frascos em caixa descartável para a vacina Sinovac/Butantan.

Os serviços responsáveis pelo gerenciamento de resíduos devem se organizar para um maior processamento de resíduos, mediante tamanha dimensão da campanha.

8. FARMACOVIGILÂNCIA

Frente à introdução de novas vacinas ou em situações de pandemia, a exemplo da atual, para a qual se está produzindo vacinas de forma acelerada, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, é de se esperar a ocorrência de elevado número de notificações de eventos adversos pós-vacinação (EAPV).

Para o manejo apropriado dos EAPV de uma nova vacina é essencial contar com um sistema de vigilância sensível para avaliar a segurança do produto e dar resposta rápida a todas as preocupações da população relacionadas às vacinas. Estas atividades requerem notificação e investigação rápida e adequada do evento ocorrido.

Os três principais componentes de um sistema de vigilância de EAPV são: detecção, notificação e busca ativa de novos eventos; investigação (exames clínicos, exames laboratoriais etc.) e classificação final de causalidade. Usualmente recomenda-se a notificação de todos EAPV graves para as vacinas de uso rotineiro no PNI bem como surtos de eventos adversos leves.

No entanto, considerando a introdução das vacinas COVID-19 e a necessidade de se estabelecer o perfil de segurança das mesmas, orienta-se que, **TODOS os eventos, não graves ou graves**, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas nos documentos abaixo, bem como os **erros de imunização e problemas com a rede de frio, deverão ser notificados no e-SUSnotifica.**

- ❖ Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação 4ª Edição, 2020 (disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacinacao_4ed.pdf)
- ❖ Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação para a estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV2 (Covid19), Ministério da Saúde, 2020 (acesso disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/21/estrategia_vacinacao_covid19.pdf),

Atenção especial e busca ativa devem ser dadas à notificação de eventos adversos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos inesperados, erros de imunização (programáticos), além dos Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE), que estão devidamente descritos no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação para a estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV-2 (Covid19).

Ressalta-se que caberá aos Municípios, Estados e Distrito Federal a orientação e determinação de referências e contrarreferências, em especial para o atendimento especializado terciário no processo de uma vigilância ativa estruturada.

É importante destacar que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas no formulário de notificação/investigação de EAPV do PNI, com o maior número de informações possíveis. Destaca-se ainda que na possibilidade de oferta de diferentes vacinas, desenvolvidas por diferentes plataformas, **é imprescindível o cuidado na identificação do tipo de vacina suspeita de provocar o EAPV, como número de lote e fabricante.**

A notificação de queixas técnicas das vacinas COVID-19 autorizadas para uso emergencial temporário, em caráter experimental, deve ser realizada no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - Notivisa, disponível em versão eletrônica no endereço: www8.anvisa.gov.br/noticias/frmllogin.asp.

8.1. Precauções

- ❖ Em geral, como com todas as vacinas, diante de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se o adiamento da vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.
- ❖ Não há evidências, até o momento, de qualquer preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-COV-2.
- ❖ É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação **nas pessoas com quadro sugestivo de infecção em atividade** para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, **idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total e pelo menos quatro semanas após o início dos sintomas** ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.

➤ *Grupos especiais:*

GESTANTES, PUÉRPERAS E LACTANTES:

- ❖ A segurança e eficácia das vacinas não foram avaliadas nestes grupos, no entanto estudos em animais não demonstraram risco de malformações.
- ❖ Para as mulheres pertencentes ao grupo de risco e nestas condições, a vacinação poderá ser realizada após avaliação cautelosa dos riscos e benefícios e com decisão compartilhada, entre a mulher e seu médico prescritor.
- ❖ Para àquelas que forem vacinadas inadvertidamente o profissional deverá tranquilizá-la sobre a baixa probabilidade de risco e encaminhar para o acompanhamento pré-natal.
- ❖ A vacinação inadvertida deverá ser notificada no sistema de notificação e-SUS notifica como um “erro de imunização” para fins de controle e monitoramento de ocorrência de eventos adversos.
- ❖ Eventos adversos que venham a ocorrer com a gestante após a vacinação deverão ser notificados no e-SUS notifica, bem como quaisquer eventos adversos que ocorram com o feto ou com o recém-nascido até 6 meses após o nascimento.

USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES ORAIS E VACINAÇÃO

- ❖ Os antiagregantes plaquetários devem ser mantidos e não implicam em impedimento à vacinação. O uso de injeção intramuscular em pacientes sob uso crônico de antiagregantes plaquetários é prática corrente, portanto considerado seguro.
- ❖ Não há relatos de interação entre os anticoagulantes em uso no Brasil – varfarina, apixabana, dabigatrana, edoxabana e rivaroxabana – com vacinas. Portanto deve ser mantida conforme a prescrição do médico assistente. Dados obtidos com vacinação intramuscular contra Influenza em pacientes anticoagulados com varfarina mostraram que esta via foi segura, sem manifestações hemorrágicas locais de vulto. A comparação da via intramuscular com a subcutânea mostrou que a primeira é segura e eficaz na maioria das vacinas em uso clínico. **Por cautela, a vacina pode ser administrada o mais longe possível da última dose do anticoagulante direto.**

PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS REUMÁTICAS IMUNOMEDIADAS (DRIM):

- ❖ Preferencialmente o paciente deve ser vacinado estando com a doença controlada ou em remissão, como também em baixo grau de imunossupressão ou sem imunossupressão. Entretanto, a decisão sobre a vacinação em pacientes com DRIM deve ser individualizada, levando em consideração a faixa etária, a doença reumática autoimune de base, os graus de atividade e

imunossupressão, além das comorbidades, devendo ser sob orientação de médico especialista. A escolha da vacina deve seguir as recomendações de órgãos sanitários e regulatórios, assim como a disponibilidade local.

PACIENTES ONCOLÓGICOS, TRANSPLANTADOS E DEMAIS PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS:

- ❖ A eficácia e segurança das vacinas COVID-19 não foram avaliadas nesta população. No entanto, considerando as plataformas em questão (vetor viral não replicante e vírus inativado) é improvável que exista risco aumentado de eventos adversos.
- ❖ A avaliação de risco benefício e a decisão referente à vacinação ou não deverá ser realizada pelo paciente em conjunto com o médico assistente, sendo que a vacinação somente deverá ser realizada com prescrição médica.

8.2. Contraindicações

- ❖ Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;
- ❖ Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina COVID-19;

ATENÇÃO: recomenda-se que, antes de qualquer vacinação, seja verificada nas bulas dos respectivo(s) fabricante(s), as informações fornecidas por este(s) sobre a(s) vacina(s) a ser(em) administrada(s).

9. REGISTRO E INFORMAÇÃO

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, observada a necessidade de acompanhar e monitorar os vacinados, o Ministério da Saúde desenvolveu módulo específico nominal, para cadastro de cada cidadão com a indicação da respectiva dose administrada (Laboratório e lote), além da atualização do módulo de movimentação de imunobiológico para facilitar a rastreabilidade e controle dos imunobiológicos distribuídos, facilitando o planejamento e o acompanhamento em situações de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV)

9.1. O registro do vacinado

O registro da dose aplicada da vacina será nominal/individualizado. Essa modalidade de registro garante o reconhecimento do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de possibilitar o acompanhamento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação, e identificar/monitorar a investigação de possíveis EAPV.

Os **registros das doses aplicadas deverão ser realizados** no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) ou em um sistema próprio que interopere com ele, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

No caso das **salas de vacina sem conectividade com a internet** que funcionam no âmbito da APS, os registros das doses aplicadas poderão ser feitos no e-SUS AB, por meio da Coleta de Dados Simplificada - modalidade CDS. Essas salas farão registros *offline* e depois submeterão seus registros para o servidor assim que a conexão com a internet estiver disponível, **no prazo máximo de 48 horas**.

Da mesma forma, as **salas de vacina que ainda não estão informatizadas e/ou não possuem uma adequada rede de internet** disponível, ou mesmo as unidades em atividades de vacinação extramuros durante a campanha, deverão realizar os registros de dados nominais e individualizados em formulários, para posterior **registro no sistema de informação em até 48 horas**.

O formulário contém as dez variáveis mínimas padronizadas, a saber: CNES - Estabelecimento de Saúde; CPF/CNS do vacinado; Data de nascimento; Nome da mãe; Sexo; Grupo prioritário; Data da vacinação; Nome da Vacina/fabricante; Tipo de Dose; e Lote/validade da vacina. Com o objetivo de facilitar a identificação do cidadão durante o processo de vacinação, o SI-PNI possibilitará utilizar o QR-Code que pode ser gerado pelo próprio cidadão no Aplicativo ConecteSUS.

Destaca-se ainda que, em consonância com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC nº 197/2017, todo serviço de vacinação possui obrigatoriedade na informação dos dados ao ente federal, por meio do sistema de informação oficial

do Ministério da Saúde, ou um sistema próprio que interopere com o mesmo.

Estabelecimentos de **saúde público ou privado** com sistema de informação próprio ou de terceiros **deverão providenciar o registro de vacinação de acordo com o modelo de dados do Módulo de Campanha Covid-19, disponível no Portal de Serviços do Ministério da Saúde, no link: ([hps://rnnds-guia.saude.gov.br/](https://rnnds-guia.saude.gov.br/))**.

A **transferência dos dados de vacinação da Campanha Covid-19 deverá ocorrer diariamente** para base nacional de imunização. por meio de Serviços da RNDS, conforme modelo de dados e as orientações disponibilizadas no Portal de Serviços do MS, no link: ([hps://servicos-datusus.saude.gov.br/detalhe/UZQjoYDDFN](https://servicos-datusus.saude.gov.br/detalhe/UZQjoYDDFN)) e ([hps://rnnds-guia.saude.gov.br/](https://rnnds-guia.saude.gov.br/)).

Para a análise do desempenho da Campanha, informações de doses aplicadas e coberturas vacinais (CV) serão disponibilizadas aos gestores, profissionais de saúde e para a sociedade por meio do Painel de Visualização (Vacinômetro) e poderá ser acessado pelo link: <https://localizasus.saude.gov.br/>, contendo diferentes relatórios, gráficos e mapas.

O Ministério da Saúde por intermédio do DATASUS, disponibilizará, para as SES e SMS, os dados referentes à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, no Portal <https://opendatusus.saude.gov.br/>, sem identificação do cidadão, e respeitando o disposto na Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Os dados estarão publicados no OpendataSUS de acordo com o formato de dados abertos, ou seja, *Comma Separated Values* (CSV) ou *Applicaon Programming Interface* (API).

A obtenção desses dados pode ser feita via portal, selecionando o documento e clicando no botão de download, ou via API do *Comprehensive Knowledge Archive Network* (CKAN). A chave de acesso é obtida na página do perfil do usuário. Para mais informações acessar <https://docs.ckan.org/en/2.9/api/>.

Maiores detalhes sobre o registro de vacinação e os roteiros completos sobre a operacionalização dos sistemas de informação para registro de doses aplicadas das vacinas contra a Covid-19, estão disponíveis na Nota Informativa nº 1/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS que constam as orientações acerca do acesso aos dados e informações para o acompanhamento do desempenho da Campanha, dentre outros.

9.2. *O registro da movimentação da Vacina*

Afim de garantir a rastreabilidade dos imunobiológicos adquiridos e distribuídos à Rede de Frio nacional, o DataSUS atualizou o módulo de movimentação de imunobiológico do SI-PNI, onde de **forma automática**, por meio de **seleção disponível em lista suspensa**, o usuário **incluirá o lote, laboratório e quantidade de imunobiológico** na entrada do produto de cada uma das unidades. A saída será selecionável e classificável com possibilidade da indicação de saída por consumo (doses utilizadas), transferência para outra unidade, ou ainda por perda física (quebra do frasco; falta de energia; falha do equipamento; validade vencida, procedimento inadequado; falha de transporte; outros motivos), seguindo o padrão usualmente utilizado pelas unidades.

Importante ratificar que a indicação de consumo **“Doses utilizadas” deverá ser registrada por número de doses** do frasco aberto para vacinação, para que os cálculos automáticos do sistema sejam viabilizados adequadamente e o monitoramento de perdas técnicas seja possível de realizar-se em tempo real, com ajustes necessários do planejamento nacional para revisão continuada da aquisição e distribuição da vacina. Esclarece-se que, o cálculo é realizado pelo sistema, pela diferença entre o total de doses utilizadas e o total de doses aplicadas, o resto da subtração indica a perda técnica ocorrida, variável de controle.

10. COMUNICAÇÃO SOCIAL

A elaboração da campanha publicitária seguirá um planejamento de acordo com a evolução de cada etapa da vacinação. Começando com mensagens de antecipação e preparação, passando em seguida para a próxima fase de informação à população com clareza: como, quando, onde e para quem será a primeira etapa e demais etapas. Para maiores informações sobre o plano de comunicação, acessar o documento na íntegra no https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf

10.1. Operacionalização da Campanha

A microprogramação é uma etapa fundamental no planejamento da campanha, essencial para alcançar os objetivos da vacinação. Mediante esse processo se identificam as populações institucionalizadas, definem-se as estratégias de vacinação (data, locais), calculam-se os recursos humanos, financeiros e a logística necessária. O delineamento de ações de vacinação deve considerar os desafios logísticos e econômicos de se realizar a vacinação em áreas remotas e de difícil acesso.

A programação local da campanha de vacinação, incluída no Plano Municipal de Saúde, considerando o Plano Nacional de Imunização quantifica todos os recursos necessários e existentes (humanos, materiais e financeiros), e facilita a mobilização de recursos adicionais mediante participação social e o estabelecimento de alianças com diversos parceiros. O monitoramento das ações programadas é fundamental para, se necessário, promover oportunamente o redirecionamento das ações. Destaca-se:

- ❖ A importância e necessidade de uma boa estratégia de comunicação para mobilização dos grupos prioritários na busca da adesão à vacinação. Podendo fazer uso da mídia local (convencional e alternativa) com informações pertinentes ao cronograma vacinal, por exemplo;
- ❖ Intensificar as capacitações dos recursos humanos, preparando-os para implementação da vacinação de maneira a compreenderem a estratégia proposta, o motivo dos grupos selecionados, sobre a vacina a ser aplicada e a importância de aplicar somente nos grupos priorizados naquele momento.;
- ❖ Mobilização e participação ampla de todos os segmentos da sociedade, em especial dos ligados diretamente aos grupos prioritários.
- ❖ Articulação com as instituições com potencial de apoio à campanha de vacinação -

Rede de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, setor da educação, empresas públicas e privadas, sociedades científicas e acadêmicas, Forças de Segurança e Salvamento, entre outros.

- ❖ Orientação quanto ao cronograma de execução das diferentes fases da vacinação de forma constante, segundo disponibilidade da vacina em cada fase de execução por população prioritária considerando o plano de trabalho diário e semanal e o monitoramento para tomada de decisões oportunas. Tendo em vista as orientações do Ministério da Saúde.
- ❖ Disponibilidade de estratégias (números telefônicos, página web, redes sociais entre outros) para agendamento da vacinação nos casos de população priorizada não concentrada para garantir a vacinação.
- ❖ Organizar o serviço de vacinação para evitar aglomerações e contato dos grupos de forma a otimizar a disposição e circulação dos profissionais e indivíduos que serão vacinados nas unidades de saúde e/ou postos externos de vacinação.
- ❖ Alimentação do sistema de informação de modo a monitorar o avanço da vacinação em cada etapa e nos grupos prioritários, conforme orientado pelo Ministério da Saúde, permitindo avaliar o alcance da população alvo da vacinação e, monitoramento da coberturavacinal e, quando necessária, a adoção de medidas de correção, revisão de ação específica, inclusive de comunicação e/ou mobilização.

REFERÊNCIAS

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, 7 de setembro de 2014. Dispõe sobre o regulamento técnico de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-222-de-28-de-marco-de-2018-comentada>

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 18, de 23 de março de 2018, que dispõe sobre a classificação de riscos de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e os níveis de biossegurança a serem aplicados nas atividades e projetos com OGM e seus derivados em contenção. <http://ctnbio.mctic.gov.br/resolucoes-normativas>

Brasil, Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial nº 39. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 48 (22/11 a 28/11 de 2020). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/03/boletim_epidemiologico_covid_39.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra Covid-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf

Dalafuente JC, et al. Influenza vaccination and warfarin anticoagulation: a comparison of subcutaneous and intramuscular routes of administration in elderly men. *Pharmacotherapy*. 1998;18(3):631-6.

Fang, Xiaoyu. et al. *Aging (Albany NY)* 12.13.2020: 12493. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html>

Figliozzi, Stefano. et al. *European Journal of Clinical Investigation* 50.10 (2020): e13362. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13362>

Nandy, Kunal. et. al. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 14.5 (2020): 1017 – 1025.

Raj G, et al. Safety of intramuscular influenza immunization among patients receiving long-term warfarin anticoagulation therapy. *Arch Intern Med*.1995;155(14):1529-31.

Sociedade Brasileira de Reumatologia. Força-Tarefa para gerar as Orientações de Vacinação contra SARS-CoV-2 para Pacientes com Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM). Disponível em: <https://www.bioredbrasil.com.br/wp-content/uploads/2021/01/SBR-Força-Tarefa-Vacinas-COVID-19.pdf>

ANEXO 1**Descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação**

População-alvo	Definição	Recomendações
Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), como casa de repouso, asilo e abrigo.	Será solicitado documento que comprove a residência. Orienta-se vacinação no local contemplando todos os residentes (mesmo com idade inferior a 60 anos) e todos os trabalhadores desses locais.
Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	Pessoas com deficiência que vivem em residência inclusiva (RI), que é uma unidade ofertada pelo Serviço de Acolhimento Institucional, para jovens e adultos com deficiência.	Deficiência autodeclarada e documento que comprove a residência. Orienta-se vacinação no local, contemplando todos os trabalhadores locais.
Povos indígenas vivendo em terras indígenas	Indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	A vacinação será realizada em conformidade com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) nos diferentes municípios.
Pessoas de 60 anos e mais		Será solicitado documento que comprove a idade.
Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas	Povos habitando em comunidades tradicionais ribeirinhas ou quilombolas.	A vacinação deverá ser realizada por meio de estratégias específicas a serem planejadas no nível municipal, em algumas regiões haverá apoio da operação gota.
Trabalhadores da Saúde	Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende tanto os profissionais da saúde – como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos veterinários e seus respectivos técnicos e auxiliares – quanto os trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias e outros, ou seja, aqueles que trabalham nos	Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação dos serviços e levantamento do quantitativo dos trabalhadores da saúde envolvidos na pandemia nos diferentes níveis de complexidade da rede de saúde. O envolvimento de associações profissionais, sociedades científicas, da direção dos serviços de saúde e dos gestores, na mobilização dos trabalhadores, poderão ser importantes suporte para os organizadores, seja para o levantamento, seja para definir a melhor forma de operacionalizar a vacinação. Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do trabalhador com o serviço de saúde ou apresentação de declaração emitida pelo serviço de saúde.

População-alvo	Definição	Recomendações
	serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços direto de assistência à saúde das pessoas, ou seja, aqueles profissionais que atuam em cuidados domiciliares como os cuidadores de idosos e doulas/parteiras, bem como funcionários do sistema funerário que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados. A vacina também será ofertada para acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio hospitalar, atenção básica, clínica e laboratorial.	
Grupo com comorbidades	Para indivíduos com uma ou mais morbidades descritas abaixo, de acordo com a faixa etária indicada pela Anvisa. Diabetes mellitus; hipertensão arterial (HA) estágio 3; HA estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidades; hipertensão resistente; doença pulmonar obstrutiva crônica; insuficiência renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; demais indivíduos imunossuprimidos; anemia falciforme; obesidade grau 3 (IMC≥40); síndrome de down.	Indivíduos pertencentes a esses grupos poderão ser pré-cadastrados no SIPNI, aqueles que não tiverem sido pré-cadastrados poderão apresentar qualquer comprovante que demonstre pertencer a um destes grupos de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica etc.) Adicionalmente poderão ser utilizados os cadastros já existentes dentro das Unidades de Saúde.
Funcionários do sistema de privação de liberdade	Policiais penais (agente de custódia) e demais funcionários, com exceção dos trabalhadores de saúde.	O planejamento e operacionalização da vacinação nos estabelecimentos penais deverão ser articulados com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Justiça (Secretarias Estaduais de Segurança Pública ou correlatos), conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).
População privada de liberdade	População acima de 18 anos em estabelecimentos de privação de liberdade.	
Pessoas em situação de rua*	Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória, definido no art. 1º do decreto nº 7.053, de 23 de	Autodeclarada e aquelas que se encontram em unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória

População-alvo	Definição	Recomendações
	dezembro de 2009.	
Forças de Segurança e Salvamento	Policiais federais, militares, civis e rodoviários; bombeiros militares e civis; e guardas municipais	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças de segurança e salvamento ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
Forças Armadas	Membros ativos das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica).	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças armadas ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
Trabalhadores da educação	Todos os professores e funcionários das escolas públicas e privadas do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA) e do ensino superior.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do profissional com a escola ou apresentação de declaração emitida pela instituição de ensino.
Pessoas com deficiência permanente grave	Para fins de inclusão na população-alvo para vacinação, serão considerados indivíduos com deficiência permanente grave aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes limitações: 1 Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas. 2- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir (se utiliza aparelho auditivo esta avaliação deverá ser feita em uso do aparelho). 3- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar (se utiliza óculos ou lentes de contato, esta avaliação deverá ser feita com o uso dos óculos ou lente). 4- Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc	Deficiência autodeclarada ou por meio da apresentação de comprovante que demonstre possuir a limitação permanente grave (exames, receitas, relatório médico, prescrição medida, entre outros)
Caminhoneiro	Motorista de transporte rodoviário de cargas definido no art. 1º, II da Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015, que trata da regulamentação da profissão de motoristas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte rodoviário de cargas (caminhoneiro).
Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros Urbano e de Longo Curso	Motoristas e cobradores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte de passageiros.

População-alvo	Definição	Recomendações
Trabalhadores Portuários	Qualquer trabalhador portuário, incluindo os funcionários da área administrativa.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de trabalhador portuário.
Trabalhadores de Transporte Aéreo	Funcionários das companhias aéreas nacionais, definidos pelo Decreto nº 1.232/1962 e pela Lei nº 13.475/2017.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de companhias aéreas nacionais
Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	Funcionários das empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas
Trabalhadores de Transporte Aquaviário	Funcionários das empresas brasileiras de navegação.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado das empresas brasileiras de navegação.

ANEXO 2									
CENÁRIO 2: SINOVA/BUTANTAN*, janeiro 6 MILHÕES DE DOSES (D1+D2 e perda técnica)									
Estado	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	População indígena vivendo em terras indígenas	34% Trabalhadores de Saúde	POP-ALVO FASE 1	BUTANTAN POPULAÇÃO	BUTANTAN POPULAÇÃO	BUTANTAN INDÍGENA	BUTANTAN INDÍGENA
						QUANTIDADE CAIXAS	QUANTIDADE DOSES	QUANTIDADE CAIXAS	QUANTIDADE DOSES
Rondônia	140	0	7.784	15.595	23.519	826	33.040	409	16.360
Acre	244	0	12.815	6.343	19.402	346	13.840	673	26.920
Amazonas	400	60	101.156	32.813	134.429	1.747	69.880	5.311	212.440
Roraima	100	0	36.834	4.833	41.767	259	10.360	1.934	77.360
Pará	962	10	23.184	58.334	82.490	3.114	124.560	1.217	48.680
Amapá	76	0	7.616	7.057	14.749	375	15.000	400	16.000
Tocantins	424	0	6.749	13.803	20.976	746	29.840	354	14.160
NORTE	2.346	70	196.138	138.778	337.332	7.413	296.520	10.298	411.920
Maranhão	264	110	19.626	58.223	78.223	3.076	123.040	1.030	41.200
Piauí	460	10	21	28.651	29.142	1.529	61.160	1	40
Ceará	2398	132	20.250	86.380	109.160	4.668	186.720	1.062	42.480
Rio Grande do Norte	1400	10	0	37.848	39.258	2.061	82.440	0	0
Paraíba	1212	120	10.432	42.925	54.689	2.324	92.960	548	21.920
Pernambuco	2462	130	26.506	99.924	129.022	5.382	215.280	1.392	55.680
Alagoas	1246	10	7.946	32.594	41.796	1.777	71.080	417	16.680
Sergipe	240	22	250	22.760	23.272	1.209	48.360	13	520
Bahia	9788	285	27.201	142.087	179.361	7.988	319.520	1.427	57.080
NORDESTE	19.470	829	112.232	551.393	683.924	30.014	1.200.560	5.890	235.600
Minas Gerais	38578	1.160	7.878	227.472	275.088	14.028	561.120	414	16.560
Espírito Santo	2970	210	2.793	42.273	48.246	2.386	95.440	147	5.880
Rio de Janeiro	10892	783	381	220.495	232.551	12.188	487.520	20	800

ANEXO 2									
CENÁRIO 2: SINOVA/BUTANTAN*, janeiro 6 MILHÕES DE DOSES (D1+D2 e perda técnica)									
Estado	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	População indígena vivendo em terras indígenas	34% Trabalhadores de Saúde	POP-ALVO FASE 1	BUTANTAN POPULAÇÃO	BUTANTAN POPULAÇÃO	BUTANTAN INDÍGENA	BUTANTAN INDÍGENA
						QUANTIDADE CAIXAS	QUANTIDADE DOSES	QUANTIDADE CAIXAS	QUANTIDADE DOSES
São Paulo	42604	1.357	3.727	598.518	646.206	33.730	1.349.200	196	7.840
SUDESTE	95.044	3.510	14.779	1.088.757	1.202.090	62.332	2.493.280	777	31.080
Paraná	12224	482	10.816	102.959	126.481	6.072	242.880	568	22.720
Santa Catarina	3460	263	8.317	56.540	68.580	3.164	126.560	437	17.480
Rio Grande do Sul	9510	380	14.348	138.523	162.761	7.792	311.680	753	30.120
SUL	25.194	1.125	33.481	298.021	357.821	17.028	681.120	1.758	70.320
Mato Grosso do Sul	2966	95	46.180	26.356	75.597	1.544	61.760	2.425	97.000
Mato Grosso	2382	190	28.758	28.744	60.074	1.644	65.760	1.510	60.400
Goiás	8828	475	320	77.549	87.172	4.560	182.400	17	680
Distrito Federal	648	178	95	49.629	50.550	2.649	105.960	5	200
CENTRO-OESTE	14.824	938	75.353	182.278	273.393	10.397	415.880	3.957	158.280
BRASIL	156.878	6.472	431.983	2.259.227	2.854.560	127.184	5.087.360	22.680	907.200
TOTAL DISTRIBUÍDO AO BRASIL								149.864	5.994.560

*BUTANTAN, CARTUCHOS DE 40 FRASCOS COM 1 DOSE POR FRASCO: 40 DOSES (POR CARTUCHO)

Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas e Pessoas com Deficiência Institucionalizadas: Sistema Único da Assistência Social - SUAS, 2019 -estimada a partir do censo SUAS com uma margem de erro de 100% para incorporar os estabelecimentos privados não registrados no censo no grupo prioritário Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas

População indígena vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, novembro de 2020, incluiu indígenas acima de 18

34% Trabalhadores de Saúde: estimativa da Campanha de Influenza de 2020 - dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos

EXPEDIENTE

Ministro da Saúde

Eduardo Pazuello

Secretário Executivo

Élcio Franco

Diretor de Logística

Roberto Ferreira Dias

Secretário de Atenção Primária à Saúde

Raphael Câmara Medeiros Parente

Secretário de Atenção Especializada à Saúde

Luiz Otávio Franco Duarte

Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Mayra Pinheiro

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde

Hélio Angotti Neto

Secretário Especial de Saúde Indígena

Robson Santos Da Silva

Secretário de Vigilância em Saúde

Arnaldo Correia Medeiros

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

Diretor-presidente Antônio Barra Torres

Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Laurício Monteiro Cruz

Diretor Substituto do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Marcelo Yoshito Wada

Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato

Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações - substituta

Adriana Regina Farias Pontes Lucena

Coordenadora Geral de Laboratórios de Saúde Pública - Substituta

Carla Freitas

Coordenador Geral de Planejamento e Orçamento - SVS

Geraldo da Silva Ferreira

Coordenadora do Núcleo de Eventos, Cerimonial e Comunicação da SVS

Eunice de Lima

Organização: Secretaria de Vigilância em Saúde

Alexsandra Freire da Silva; Aline Almeida da Silva; Ana Carolina Cunha Marreiros; Ana Goretti Kalume Maranhão; Antonia Maria da Silva Teixeira; Ariana Josélia Gonçalves Pereira; Carlos Hott; Caroline Gava; Cibelle Mendes Cabral; Elenild de Góes Costa; Elder Marcos de Moraes Karla Luiza de Arruda Calvette Costa; Kelly Cristina Rodrigues de França; Lucimeire Neris Sevilha da Silva Campos; Maria Guida Carvalho de Moraes; Michelle Flaviane Soares Pinto; Patrícia Gonçalves Carvalho; Patrícia Soares de Melo Freire Glowacki; Priscila Caldeira Alencar de Souza; Regina Célia Mendes dos Santos Silva; Robinson Luiz Santi; Rui Moreira Braz; Sandra Maria Deotti Carvalho; Sirlene de Fátima Pereira; Thaís Tâmara Castro e Souza Minuzzi; Vando Souza Amancio; Victor Bertollo Gomes Porto.

Sugestões, Dúvidas e Colaborações

Endereço: SRTVN, Quadra 701, Bloco D, Ed. PO 700, 6º andar-CGPNI

Brasília/DF. CEP 70.719-040

Fones: 61 3315-3874

Endereço eletrônico: cgpni@saude.gov.br

Nos estados: Coordenações Estaduais de Imunizações/Secretarias Estaduais de Saúde

Nos municípios: Secretarias Municipais de Saúde, Postos de Vacinação, Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: Cenários sociopolíticos e epidemiológicos

Ana Lucia de Moura Pontes

Andrey Moreira Cardoso

Leonardo S. Bastos

Ricardo Ventura Santos

Introdução

A progressão da pandemia de COVID-19 no Brasil evidenciou impactos bastante desiguais entre segmentos populacionais, especialmente para aqueles em extrema vulnerabilidade socioeconômica. Particularmente alarmante tem sido a situação dos povos indígenas, de forma que diversas entidades nacionais e estrangeiras passaram a emitir notas técnicas e informes alertando para a necessidade de medidas governamentais específicas para retardar a disseminação e minimizar os impactos nesse segmento da população (Santos et al., 2020).

Segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2010, a população indígena no Brasil totaliza aproximadamente 900 mil pessoas, constituindo 305 povos, falantes de 274 línguas indígenas. Ainda que constituam apenas 0,4% da população nacional, trata-se de uma das mais expressivas sociodiversidades nativas da América Latina. Em 2010, 572 mil (63,8%) das pessoas que se declararam indígenas no Censo Demográfico residiam em áreas rurais, das quais 517 mil em Terras Indígenas reconhecidas pelo Governo Federal. Uma parcela expressiva da população indígena, pouco conhecida do ponto de vista de indicadores socioeconômicos e sanitários, vive em áreas urbanas, havendo evidências de significativas desigualdades em relação à população brasileira em geral (IBGE, 2012; Santos et al., 2019).

A questão da vulnerabilidade socioeconômica e sanitária dos povos indígenas no Brasil tem sido destacada em diversas análises, que têm apontado para, em comparação à população nacional, indicadores sócio-econômicos e de saúde desfavoráveis (Coimbra et al. 2013). Estudos com dados do IBGE e de outras agências governamentais evidenciaram a fragilidade das condições de saneamento nas Terras Indígenas e a carência da infraestrutura em saúde nas regiões do país com maior concentração de terras indígenas

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

(Azevedo et al. 2020). Esses diversos níveis de expressão de desigualdades em saúde e de marginalização são observados em diversas regiões do mundo (Anderson et al. 2016).

Mesmo no período anterior à pandemia de COVID19, as infecções respiratórias agudas já se situavam entre as principais causas de morbidade e mortalidade em populações indígenas no Brasil, afetando sobretudo o segmento infantil (Farias et al. 2019). Ademais, a introdução de vírus respiratórios em comunidades indígenas apresenta elevado potencial de espalhamento, resultando em altas taxas de internações e com potencial de causar óbitos (Cardoso et al., 2019). Nesse cenário, a gravidade da exposição dos povos indígenas ao novo coronavírus se potencializa através de múltiplas adversidades relacionadas ao violento contato interétnico e devido às crescentes violações de direitos, ameaças e invasões dos territórios indígenas (APIB, 2020).

Ao longo dos meses de ocorrência da pandemia, a dinâmica de transmissão da COVID19 em território nacional resultou em acelerado incremento da proporção da população indígena em situação de alto risco imediato, tanto em zonas urbanas quanto em zonas rurais. Atingiu inclusive áreas de ocupação de povos isolados e de recente contato. Atualmente, a epidemia afeta mais da metade dos 305 povos indígenas, com cerca de 800 óbitos e mais de 40 mil casos confirmados (APIB, 2020).

É importante destacar que, desde os primeiros alertas da disseminação do SARS-CoV-2 em território nacional, diversas comunidades e organizações indígenas têm adotado estratégias de autoproteção, como o isolamento voluntário, a redução da circulação de pessoas das aldeias para os centros urbanos, a produção e a disseminação de materiais educativos e a organização de campanhas para garantir a segurança alimentar das famílias indígenas. Essas ações são entendidas como complementares às medidas governamentais, que devem garantir o direito à saúde dos povos indígenas.

Cenários das ações governamentais e a mobilização indígena

De forma proeminente, a pandemia evidenciou as deficiências do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS)¹ e a sua frágil articulação com os demais níveis de complexidade da rede SUS. Transcorridos oito meses desde os primeiros casos no país, a resposta governamental permanece em discussão, no âmbito judiciário, em particular através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709), enquanto, na esfera legislativa, foi aprovada a Lei 14.021/2020, ainda não plenamente

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

implementada. Ambas as iniciativas foram impulsionadas por lideranças e movimentos indígenas.

A resposta governamental do setor saúde direcionada aos povos indígenas, coordenada pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde, tem se baseado em diversas notas e documentos norteadores. Apesar das especificidades da saúde indígena, tais documentos, em geral, se caracterizaram por reproduzir as normativas do Ministério da Saúde e órgãos vinculados. Uma tônica foi o repasse da responsabilidade de estruturação regional e local do enfrentamento da pandemia para os gestores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sem a necessária coordenação das ações pela gestão federal. Ao mesmo tempo, se manteve a centralização dos processos de compra e licitação de insumos e transportes, retardando a implementação das ações. Segundo Saraiva & Cardoso (2020), nos primeiros meses da pandemia, a execução orçamentária federal na saúde indígena foi inferior à observada no mesmo período em 2019, mantendo a tendência de cortes observada em anos anteriores.

A proposição e implementação de um plano operacional para enfrentamento da COVID-19 direcionado aos povos indígenas foi um tema candente ao longo de 2020. Em 13 de março a SESAI divulgou o “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas - Versão Preliminar” (SESAI, 2020a). Tal plano apresentava poucas adequações às realidades dos povos indígenas e às características do SASI-SUS, além de não apresentar indicações detalhadas quanto ao planejamento de ações. Em decorrência, verificaram-se falta de clareza acerca das normativas e uma agilidade insuficiente na organização dos fluxos assistenciais nos DSEI. O plano de março de 2020, desde então, não foi atualizado pela SESAI, ainda que os 34 DSEI tenham formulado seus próprios planos distritais, que no conjunto se mostraram bastante heterogêneos.

Podem ser apontadas diversas fragilidades na implementação das medidas governamentais direcionadas à redução dos impactos da disseminação da pandemia na população indígena, tais como: baixa testagem; critérios desatualizados e pouco sensíveis para suspeita da doença; e falta de clareza na recomendação de estratégias de busca ativa de casos e investigação de contatos, entre outros pontos. A provisão tardia ou insuficiente de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a precária qualificação técnica específica para o enfrentamento da pandemia, a dificuldade de acesso a meios de comunicação à distância e a demanda incrementada pela progressão da doença, fatores agravados pela

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

localização frequente de territórios indígenas em regiões que exigem complexa logística de atenção e em municípios com precária estrutura de serviços de saúde, afetaram a capacidade assistencial, resultando em manejo da pandemia aquém do desejável e possível nessas populações. Outra característica da resposta governamental tem sido o parco diálogo com as instâncias do controle social indígena e com representações indígenas na formulação e execução das medidas, mesmo com o amplo interesse e implementação de iniciativas próprias por parte de lideranças e comunidades indígenas.

Diante desse cenário, as lideranças e organizações indígenas desenvolveram diversas estratégias para pressionar a União. Nesse sentido, a Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Povos Indígenas (FPM DPI), liderada pela Deputada Federal Joenia Wapichana, desencadeou várias iniciativas, como a “Proposta de Fiscalização e Controle” (PFC) para monitoramento das ações governamentais e manifestações à Organização Mundial da Saúde quanto à situação dos povos indígenas. Destaque deve ser dado a formulação do projeto de lei 1.142, que propõe medidas específicas à proteção e enfrentamento da COVID- 19 no contexto dos povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais. O Projeto de Lei 1.142 foi apresentado na Câmara dos Deputados em março de 2020 e, após uma intensa tramitação, sancionado pelo Presidente da República, em julho, como a Lei 14.021. Apesar de sofrer alterações e vetos, é um projeto robusto, que estabelece um amplo leque de medidas necessárias para o enfrentamento da pandemia, relacionadas, entre outras dimensões, a insumos para prevenção e assistência, proteção territorial, protocolos sanitários e segurança alimentar. A lei está direcionada a ações para um conjunto amplo de populações vulneráveis, incluindo indígenas isolados e de recente contato, indígenas aldeados, indígenas que vivem fora das terras indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e outros povos e comunidades tradicionais. A lei trata também de mecanismos financeiros para essas ações, da obrigatoriedade do registro da variável raça ou cor nos sistemas de informação e a integração das informações geradas entre SIASI e demais sistemas de informação da rede SUS.

A outra estratégia transcorre no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), através da ADPF 709 movida pela APIB, que questiona a omissão do Estado e, em decorrência, o agravamento da situação da pandemia nas populações indígenas. Essa ação é considerada um marco histórico, pois pela primeira vez os indígenas foram reconhecidos com legitimidade para entrar com ação jurídica nessa instância do judiciário

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

(Eloy, 2020). Nos autos da ADPF 709, o Ministro Relator Luís Roberto Barroso, em 8 de julho, determinou que a União tomasse providências com vistas ao enfrentamento da pandemia em diversas frentes. Entre elas, a criação de barreiras sanitária e a implantação de uma sala de situação para discutir, planejar e monitorar a proteção dos povos indígenas isolados e de recente contato; a elaboração de um plano para a desintrusão de invasores das terras indígenas; a extensão do SASI-SUS aos povos aldeados situados em terras não homologadas e a indígenas residentes em áreas urbanas que enfrentam barreiras no acesso ao SUS; e a elaboração e monitoramento de um plano de enfrentamento da COVID-19 pela União, com participação indígena, do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), Ministério Público Federal (MPF), Defensoria Pública da União (DPU) e de consultores especializados indicados pela APIB (particularmente da FIOCRUZ e GT de saúde indígena da ABRASCO).

No mês de outubro, o STF homologou parcialmente o Plano de Barreiras Sanitárias e solicitou a manutenção das reuniões da sala de situação para proteção dos povos isolados e de recente contato. Por sua vez, após duas reformulações do chamado “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros” pela União, coordenadas pelo Ministério da Mulher, da Família e do Direitos Humanos, o mesmo não foi aprovado. Em decorrência, o STF determinou nova elaboração, agora coordenada pelo Ministério da Justiça, com previsão de entrega no final de novembro. Cabe indicar que, apesar do Plano da União ainda não ter sido homologado, já houve alguns avanços, tais como a reativação do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais; a elaboração de protocolos sanitários para entrada de profissionais de saúde em territórios indígenas; atualizações de Informes Técnicos da SESAI; disponibilização parcial de dados sobre a COVID-19 a partir do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI); o reconhecimento pela SESAI de que seu monitoramento de óbitos pela COVID-19 cobre apenas uma parcela dos casos efetivamente observados na população indígena no país; e a inclusão dos indígenas como grupo prioritário no Plano Nacional de Imunização da COVID-19.

Explicitando as desigualdades: Aspectos epidemiológicos da COVID-19 na população indígena

Os dados oficiais sobre a ocorrência de casos e óbitos por COVID-19 na população indígena, tal como para a população brasileira em geral, provém do Sistema

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (que inclui o SIVEP-Gripe e o e-SUS Notifica) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, que utilizam a variável cor/raça. Além desses, há o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), restrito à população indígena atendida pelo SASI-SUS, basicamente residente em áreas rurais. Os eventos de interesse à saúde de notificação compulsória identificados no SASI-SUS, como é o caso da COVID-19, em princípio, alimentam os sistemas de informação universais (SIVEP-Gripe, e-SUS e SIM), salvo falhas potenciais no processo de notificação. Dessa forma, limitações da qualidade, comparabilidade, complementariedade, oportunidade e transparência dos dados desses sistemas de informação dificultam a análise mais fidedigna da situação da COVID-19 na população indígena em âmbito nacional.

Ressalta-se que a base de dados do SIASI é de acesso restrito, ao contrário das demais bases mencionadas, o que limita o potencial de análises comparativas. Os dados do SIASI têm sido somente disponibilizados de forma agregada por meio dos Informes e Boletins Epidemiológicos, de modo que não é possível a condução de análises outras que aquelas apresentadas oficialmente.

A partir da divulgação dos casos e óbitos por COVID-19 pela SESAI, as lideranças indígenas começaram a alertar que poderiam ser estatísticas parciais. Em decorrência, as organizações indígenas se organizaram para realizar um monitoramento participativo próprio, através da Plataforma “Emergência Indígena” (APIB, 2020). A disparidade dos dados oficiais com os informados pela APIB foi amplamente discutida e foi argumento fundamental na justificativa do requerimento que subsidiou a ADPF 709. Outro ponto de disputas se refere à gravidade da COVID-19 em povos indígenas, expressa pelas taxas de mortalidade e letalidade. Enquanto o governo tem apontado que as taxas seriam inferiores àquela população geral, organizações indígenas e pesquisadores têm apresentado questionamentos acerca desse importante ponto, ressaltando a necessidade de análises além daquelas reportadas pela SESAI.

Uma possibilidade de evidenciar potenciais desigualdades no impacto da pandemia entre os indígenas assistidos pelo SASI-SUS e a população geral é por meio da comparação de taxas de mortalidade específicas por idade reportadas pela SESAI, a partir do SIASI, e aquelas obtidas para a população geral, a partir do SIVEP-Gripe.² Como pode ser visto na Figura 1, essa análise aponta para taxas de mortalidade superiores em pelo menos 50% nos indígenas em praticamente todas as faixas etárias. Os diferenciais de

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

mortalidade entre indígenas e a população geral tendem a ser mais expressivos nos extremos de idade, com destaque para os grupos de 0 e 9 anos (razão de taxas: 7,1), 10 a 19 anos (razão de taxas: 3,6), 50 a 59 (razão de taxas: 2,3) e de 80 anos ou mais (razão de taxas: 2,1), que atinge a alarmante taxa de mortalidade de 1.369,4 óbitos por 100.000 habitantes.³

Uma alternativa para superar algumas das limitações acima mencionadas na comparação das taxas de mortalidade oriundas de diferentes fontes de dados (SIASI e SIVEP-Gripe) é utilizar dados sobre indígenas e não indígenas oriundos de uma mesma base de dados, no caso o SIVEP-Gripe. Essa opção permite uma análise mais robusta dos casos graves de COVID-19 no país (SRAG) e dos óbitos por SRAG-COVID-19. Por outro lado, persistem limitações de comparabilidade em relação aos dados oficiais da SESAI, na medida que incorpora as notificações de SRAG e óbitos por SRAG na totalidade dos indígenas no país, incluindo uma parcela adicional de cerca de 20% da população indígena total, que vive majoritariamente em cidades ou em territórios não homologados.

Na Figura 2 são apresentadas as frequências de casos de hospitalização e óbitos por SRAG-COVID-19 notificados por semana epidemiológica (SE) (da SE 8 a SE 35) no SIVEP-Gripe no Brasil e regiões, para indígenas e não indígenas. Verifica-se que as frequências de hospitalizações e óbitos em indígenas apresentam padrões similares aos de não indígenas no Brasil e nas respectivas regiões de residência, assim como uma sequência cronológica na ocorrência de hospitalizações e óbitos que espelha o padrão de disseminação e interiorização da pandemia de COVID-19 no país. Tanto em indígenas quanto em não indígenas, o registro de casos e óbitos teve início nas regiões Sudeste e Norte, seguidas pelo Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Verifica-se uma frequência mais expressiva de casos e óbitos em indígenas na região Norte e, particularmente, na região Centro-Oeste.

A fim de verificar de forma mais clara os impactos da COVID-19 na letalidade em indígenas no país, comparou-se a razão entre óbitos por COVID-19 e os casos de hospitalização por SRAG acumulados entre as SE 8 e 35 de 2020, ou seja, a letalidade das formas graves de COVID-19, a partir do SIVEP-Gripe. A letalidade acumulada por SRAG decorrente de COVID-19 no Brasil até a SE 35 (30/08/2020) atingiu 41,8% em indígenas, excedendo em 19% a letalidade em não indígenas (35,1%). Foram verificados diferenciais de letalidade entre as regiões do país (Figura 3). A região Norte apresentou a

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

maior letalidade entre todas as regiões, tanto em indígenas (57,4%) quanto em não indígenas (48,8%). A região Nordeste teve a segunda maior letalidade, com similaridade entre indígenas e não indígenas, ao passo que o Centro-Oeste teve a terceira maior letalidade, sendo que a diferença de letalidade entre indígenas e não indígenas foi a maior entre todas as regiões (26% maior nos indígenas). As regiões Sul e Sudeste apresentaram letalidades similares e mais baixas, destacando-se o Sudeste com menor letalidade em indígenas do que em não indígenas. Vale ressaltar que a interiorização do COVID-19 no Brasil ocorreu em diferentes momentos em cada região do país, condição que pode afetar em alguma medida os diferenciais de letalidade por região, se considerarmos a hipótese plausível de que populações rurais ou remotas têm maiores barreiras de acesso aos cuidados de alta complexidade e pior qualidade da informação em saúde.

Tendo em vista a elevada taxa de mortalidade por COVID-19 nas faixas etárias acima dos 50 anos em indígenas (Figura 1), seria possível supor que a letalidade também pudesse ocorrer de forma desigual entre os grupos etários, sendo maior acima dos 50 anos. Diante disso, repetiu-se o cálculo da letalidade acumulada considerando apenas o subconjunto de registros relativos a pessoas com 50 anos ou mais. Essa análise evidenciou o mesmo padrão observado no conjunto da população, mas com maior magnitude da letalidade (incremento absoluto de cerca de 10%), tanto para indígenas (Brasil: 50,7%, Norte: 70,3%, Nordeste: 51,4%, Centro-Oeste: 49,2%, Sudeste: 32,9%, Sul: 40,0%) quanto para não indígenas (Brasil: 43,67%, Norte: 60,2%, Nordeste: 52,5%, Centro-Oeste: 41,0%, Sudeste: 40,0%, Sul: 38,0%). Houve, nesta faixa etária, um excesso de letalidade em indígenas de 16%, 17% e 20%, respectivamente, no Brasil, no Norte e no Centro-Oeste. Destaca-se ainda a menor letalidade de indígenas no Sudeste (18% menor). Portanto, os níveis de letalidade por COVID19 dos indígenas supera aqueles da população brasileira em geral em praticamente todas as regiões do país.⁴

Não obstante as limitações inerentes aos desafios de classificar indivíduos por cor/raça e garantir a qualidade dos dados e a integração entre diferentes fontes de dados, particularmente no contexto de uma pandemia, as análises aqui empreendidas demonstram, de maneira robusta, que o impacto da pandemia tem se mostrado desigual entre regiões e que afeta de forma particular os indígenas. Como tem sido amplamente enfatizado pelas lideranças e movimentos indígenas, a morte de indivíduos idosos (e as informações detalhadas neste estudo confirmam um maior nível de mortalidade por COVID19 a partir dos 50 anos em indígenas se comparado a não indígenas) representa

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

uma ameaça concreta à preservação das culturas e da identidade desses povos, visto que os idosos são comumente os líderes religiosos ou políticos de suas comunidades e os maiores detentores dos saberes tradicionais.

Considerações finais

Em um recente editorial, chamou-se atenção que a pandemia de COVID-19 pode ser tomada como um “fato social total”, no qual se manifestam e interligam um amplo espectro de dimensões (economia, religião, legislação, moralidade, estética, ciência), em imbricações altamente complexas (Santos et al. 2020). Ainda segundo esses autores, em particular no caso dos povos indígenas, a disseminação e impactos da pandemia evidenciam “as múltiplas dimensões e tensões provocadas pela atuação do Estado na implementação de políticas públicas dirigidas a minorias étnico-raciais no Brasil. Ficam evidentes não somente os impactos, como também as modalidades de resistência e enfrentamento do movimento etnopolítico indígena” (p. 01).

Neste texto, além de recuperar, ainda que brevemente, os debates e embates que envolveram a vulnerabilidade dos povos indígenas, as respostas governamentais e as múltiplas vertentes de atuação da sociedade civil, em particular do movimento indígena, no tocante à COVID-19, apresentamos evidências baseadas em dados epidemiológicos oriundos de sistemas de informação que apontam para a gravidade, em termos de mortalidade e letalidade, da doença nos povos indígenas. Mais uma vez, tristemente, fica evidente a magnitude da dívida histórica da sociedade brasileira, por certo agravada pelas condições políticas contemporâneas, para com esse segmento da população, reiterada nas condições presentes de grave crise sanitária.

Agradecimento

Este texto resulta de projeto de pesquisa apoiada pelo Wellcome Trust (financiamento 203486/Z/16/Z).

Referências bibliográficas

ANDERSON, I. et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388: 131–57, 2016.

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

APIB (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL). Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena. Emergência Indígena. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/. Acessado em 03/12/2020.

ARAÚJO, E. & CALDWELL, K. Por que a COVID-19 é mais mortal para a população negra? Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/07/20/porque-a-covid-19-e-mais-mortal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kia-caldwell/>, 2020.

AZEVEDO, M. M. et al. Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19 - Caderno de insumos. Disponível em <https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/04/caderno-demografia-indigena.pdf>, 2020.

BAQUI, P. et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Global Health*, 8: e1018–26, 2020.

CARDOSO, A. M. et al. Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of influenza A(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. *PLoS ONE* 14(7): e0218925, 2019.

COIMBRA JR., C.E.A. et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, 13:52, 2013.

ELOY, L.H. ADPF 709 no Supremo: Povos Indígenas e o direito de existir. Disponível em: <https://apiboficial.org/2020/08/01/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>, 2020.

FARIAS, Y. N. et al. Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saúde Pública* 35 (supl. 3): e00001019, 2019.

SANTOS R.V. et al. The identification of the Indigenous population in Brazil's official statistics, with an emphasis on demographic censuses. *Statistical Journal of the IAOS* 35: 29–49, 2019.

SANTOS, R. V. et al. A “total social fact”: COVID-19 and indigenous peoples in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10):e00268220, 2020.

SARAIVA, L & CARDOSO, A. Nota técnica: Execução Orçamentária da Saúde Indígena diante da pandemia do novo coronavírus. Brasília: INESC, 2020.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas - versão preliminar. Brasília: SESAI, 2020a.

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). MINISTÉRIO DA SAÚDE. [Informe Epidemiológico no. 17.](#) Semana Epidemiológica (SE) 35 (23/08/2020 a 29/08/2020). Brasília: 2020b.

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

Notas

¹ O Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS) foi criado em 1999, pela Lei 9.836, com vistas a prover atenção primária a saúde aos povos indígenas, de maneira diferenciada e articulada com a rede SUS, e é organizado a partir de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Sua gestão em nível federal é feita pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde.

² O Informe Epidemiológico 17, publicado pela SESAI, apresenta dados sobre a COVID-19 até a Semana Epidemiológica (SE) 35 (29/08/2020) (SESAI, 2020b). Com os dados disponibilizados nesse Informe, foi possível recompor a população indígena por grupos etários correspondentes àqueles apresentados nas projeções do IBGE para a população geral em 2020, permitindo estimar taxas de mortalidade específicas por idade e COVID-19 minimamente comparáveis à da população geral, obtidas a partir do SIVEP-Gripe. Em decorrência de atrasos na confirmação laboratorial de casos que, em geral, chegam a um mês, considera-se adequado para o cálculo da taxa de mortalidade por COVID-19, ainda que existam limitações metodológicas, excluir da base de dados do SIVEP-Gripe as observações (óbitos) relativas às últimas quatro semanas da série histórica, a fim de minimizar possível viés. Desta forma, para as análises aqui apresentadas, utilizaram-se dados da população geral brasileira disponibilizados na Semana Epidemiológica (SE) 40, descartando-se as observações cuja data de início dos sintomas era posterior à SE 35 (30/08/2020). Como não era possível aplicar o mesmo procedimento aos dados do Informe Epidemiológico 22 (SE 40) da SESAI (pela indisponibilidade da data de início dos sintomas), optou-se por utilizar para esta comparação os dados indígenas publicados no Informe Epidemiológico 17 da SESAI, relativo à SE 35.

³ Neste texto apresentamos comparações de dados de indígenas com a população brasileira em geral, cabendo destacar a importância de análises desagregadas segundo categorias de cor ou raça. Como em outros desfechos em saúde, há evidências de significativas desigualdades de mortalidade por COVID-19 segundo cor ou raça no Brasil (Araújo & Caldwell 2020; Baqui et al. 2020), o que se relaciona a uma multiplicidade de fatores sócio-políticos e econômicos, inclusive relacionadas a acesso aos serviços de saúde.

⁴ Os diferenciais de letalidade aqui analisados estão sob efeito da qualidade do preenchimento da variável cor/raça, que além da completude abaixo do desejável, pode ser distinta a depender, por exemplo, da categoria de cor/raça a ser registrada e da região de residência dos indivíduos acometidos. Esforços no sentido de melhorar o registro da variável cor/raça no SIVEP-Gripe foram adotados pelo governo federal, particularmente em resposta às pressões sociais, que

Pontes, ALP; Cardoso, AM; Bastos, L; Santos, RV. Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta, GC; Rego, S; Paiva, E & Segatta, J. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2021. (No prelo)

incluíram as ações do movimento indígena, do Ministério Público Federal e do Legislativo. De todo modo, há um certo consenso de que os dados sobre letalidade por SRAG estão entre aqueles com maior consistência e comparabilidade.



SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys

Pedro C Hallal, Fernando P Hartwig, Bernardo L Horta, Mariângela F Silveira, Claudio J Struchiner, Luís P Vdaletti, Nelson A Neumann, Lucia C Pellanda, Odir A Dellagostin, Marcelo N Burattini, Gabriel D Vitoria, Ana M B Menezes, Fernando C Barros, Aluísio J D Barros, Cesar G Vitoria

Summary

Background Population-based data on COVID-19 are essential for guiding policies. There are few such studies, particularly from low or middle-income countries. Brazil is currently a hotspot for COVID-19 globally. We aimed to investigate severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) antibody prevalence by city and according to sex, age, ethnicity group, and socioeconomic status, and compare seroprevalence estimates with official statistics on deaths and cases.

Methods In this repeated cross-sectional study, we did two seroprevalence surveys in 133 sentinel cities in all Brazilian states. We randomly selected households and randomly selected one individual from all household members. We excluded children younger than 1 year. Presence of antibodies against SARS-CoV-2 was assessed using a lateral flow point-of-care test, the WONDFO SARS-CoV-2 Antibody Test (Wondfo Biotech, Guangzhou, China), using two drops of blood from finger prick samples. This lateral-flow assay detects IgG and IgM isotypes that are specific to the SARS-CoV-2 receptor binding domain of the spike protein. Participants also answered short questionnaires on sociodemographic information (sex, age, education, ethnicity, household size, and household assets) and compliance with physical distancing measures.

Findings We included 25 025 participants in the first survey (May 14–21) and 31 165 in the second (June 4–7). For the 83 (62%) cities with sample sizes of more than 200 participants in both surveys, the pooled seroprevalence increased from 1.9% (95% CI 1.7–2.1) to 3.1% (2.8–3.4). City-level prevalence ranged from 0% to 25.4% in both surveys. 11 (69%) of 16 cities with prevalence above 2.0% in the first survey were located in a stretch along a 2000 km of the Amazon river in the northern region. In the second survey, we found 34 cities with prevalence above 2.0%, which included the same 11 Amazon cities plus 14 from the northeast region, where prevalence was increasing rapidly. Prevalence levels were lower in the south and centre-west, and intermediate in the southeast, where the highest level was found in Rio de Janeiro (7.5% [4.2–12.2]). In the second survey, prevalence was similar in men and women, but an increased prevalence was observed in participants aged 20–59 years and those living in crowded conditions (4.4% [3.5–5.6] for those living with households with six or more people). Prevalence among Indigenous people was 6.4% (4.1–9.4) compared with 1.4% (1.2–1.7) among White people. Prevalence in the poorest socioeconomic quintile was 3.7% (3.2–4.3) compared with 1.7% (1.4–2.2) in the wealthiest quintile.

Interpretation Antibody prevalence was highly heterogeneous by country region, with rapid initial escalation in Brazil's north and northeast. Prevalence is strongly associated with Indigenous ancestry and low socioeconomic status. These population subgroups are unlikely to be protected if the policy response to the pandemic by the national government continues to downplay scientific evidence.

Funding Brazilian Ministry of Health, Instituto Serrapilheira, Brazilian Collective Health Association, and the JBS Fazer o Bem Faz Bem.

Copyright © 2020 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.

Introduction

Although the need for population-based data on COVID-19, caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), is widely recognised,^{1,2} few nationwide surveys are available.^{3–8} The first COVID-19 case in Brazil was reported on Feb 26, 2020, in the city of São Paulo, and as of Sept 4, approximately 125 000 deaths have been reported.⁹ Three population-based antibody surveys done in the south and southeast regions of Brazil showed prevalence ranging from 0.05% to 2.1%.^{10–12}

The government's response to the pandemic has been marked by controversy, with the country's president, Jair Bolsonaro, opposing physical distancing measures and downplaying the importance of COVID-19.¹³ However, physical distancing policies vary widely across the country and the implementation of such policies depends primarily on city and state governments.¹⁴ Testing is limited to patients with severe illnesses and evidence suggests that COVID-19 deaths are undercounted.¹⁵ Thus, periodic, population-based data on the pandemic are urgently needed.

Lancet Glob Health 2020; 8: e1390–98

Published Online

September 23, 2020

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9)

Postgraduate Programme in Epidemiology (P C Hallal PhD, Prof A J D Barros PhD, B L Horta MD, M F Silveira MD, L P Vdaletti MS, F P Hartwig PhD, Prof A M B Menezes MD, Prof F C Barros MD, Prof C G Vitoria MD), Postgraduate Programme in Biotechnology (Prof O A Dellagostin PhD), Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brazil; Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brazil (Prof F C Barros); Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Brazil (Prof C J Struchiner MD); Pastorate of the Child, Curitiba, Brazil (N A Neumann PhD); Fundação Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre, Brazil (Prof L C Pellanda MD); Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil (M N Burattini MD); Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil (M N Burattini); and Laboratory of Lymphocyte Dynamics, Rockefeller University, New York, NY, USA (G D Vitoria PhD)

Correspondence to: Prof Cesar G Vitoria, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas 96020-220, Brazil cvictora@gmail.com

Research in context

Evidence before this study

Brazil has become a global hotspot for the COVID-19 pandemic in terms of reported cases and deaths. We searched PubMed, Web of Science and Scielo for papers in any language, published from Jan 1, 2019 onwards. We used the search terms: (("severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[All Fields] OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[All Fields] OR "ncov"[All Fields] OR "2019-nCoV"[All Fields] OR "COVID-19"[All Fields] OR "SARS-CoV-2"[All Fields] AND (Brasil OR Brazil)). Globally, few nationwide population-based studies on the prevalence of antibodies against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) are available, and none from low-income or middle-income countries. Existing studies in Brazil have focused on the more developed parts of the country, represented by the southern and southeastern regions.

Added value of this study

We did two household surveys in the most populous cities in all 133 mesoregions of Brazil, covering 26 states and the Federal District. We included more than 25 000 participants in the period May 14–21 and over 32 000 in June 4–7. We documented an increase in prevalence during this time

interval, with strong concentration in 11 cities along the Amazon River, where prevalence was as high as 25% in both surveys. In the second survey, rapid increases in prevalence were also observed in the northeast. High-prevalence areas are poorer and less well-served by health and other services than areas in the rest of the country are. Prevalence among Indígena (Indigenous) individuals was over four times higher than among Branco (White) people, and prevalence in the poorest socioeconomic quintile was over twice as high as in the richest quintile.

Implications of all the available evidence

The poorest areas of Brazil, particularly the Amazon River basin, were the first to present high prevalence of antibodies against SARS-CoV-2, by contrast with the initially low prevalence observed in the southern and centre-western regions. Our geographical-level and individual-level analyses showed remarkable inequality in the prevalence of infection, with poverty and Indígena ethnicity driving the progression of the pandemic in the country. The controversial handling of the epidemic by the federal government is likely to have contributed to the rapid spread of COVID-19 in the country's most susceptible populations.

We aimed to investigate antibody prevalence by city and according to sex, age, ethnicity group, and socioeconomic status, and compare seroprevalence estimates with official statistics on deaths and cases.

Methods

Study design and sampling

We did nationwide seroprevalence surveys on May 14–21, and June 4–7, 2020, in 133 sentinel cities from the 26 Brazilian states and the Federal District (figure 1). Brazil's 27 federation units are divided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics into 133 intermediary regions. The most populous city in each region was selected.

We selected 25 urban census tracts with probability proportionate to size in each sentinel city, and ten households at random in each tract, using maps and household listings made available by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. One individual was randomly selected from a listing of all household members. Children younger than 1 year were excluded because parents or guardians were not likely to have consented to the collection of blood. If the selected individual did not provide a sample, another household member was randomly selected. If this person also refused, the interviewers moved on to the next household on the right, which was also selected in the case of absent residents.

Interviewers were tested on the day before fieldwork using the antibody test and only participated in the study

if the result was negative, and were provided with personal protective equipment (aprons, gloves, surgical face masks, and shoe and hair covers) that were discarded as hospital waste after each interview. Ethics approval was obtained from the Brazilian's National Ethics Committee (CAAE 30721520.71001.5313), with written informed consent from all participants or by parents for minors. Positive cases were reported to the municipal COVID-19 surveillance systems; participants agreed to the disclosure in the consent form.

Procedures

Prevalence of antibodies was assessed with a rapid point-of-care test, the WONDFO SARS-CoV-2 Antibody Test (Wondfo Biotech, Guangzhou, China), using two drops of blood from finger prick samples. This lateral-flow assay detects IgG and IgM isotypes that are specific to the SARS-CoV-2 receptor binding domain of the spike protein. By pooling the results from four validation studies, weighted by sample sizes, sensitivity was estimated at 84.8% (95% CI 81.4–87.8%) and specificity at 99.0% (97.8–99.7).¹⁰ Specificity estimates were obtained with frozen sera and might have been underestimated.¹⁶ In early April 2020, we did a household probability survey in nine cities in the state of Rio Grande do Sul,¹⁷ when the pandemic was at an early stage in the state. Of 4188 participants we found only two (<1%) positive results. Assuming that all cases in that survey were false positives leads to a specificity of 99.95%. We therefore used as correction parameters

in the main analyses a sensitivity of 84·8% and the 99·95% specificity derived from our previous population-based survey.¹⁷ Analyses using the same sensitivity level and a specificity of 99·0% are presented in the appendix (pp 1, 2).

Data collection

A smartphone app for data collection was used for listing household members, selecting one at random, recording answers to the questionnaire, photographing test results, and obtaining the geographic coordinates of each home. For quality control purposes, each interview was also voice recorded, and 10% of all recordings were listened to by a supervisor.

Participants answered short questionnaires on socio-demographic information (sex, age, education, ethnicity, household size, and household assets) and compliance with physical distancing measures. Fieldworkers used tablet computers to voice record the full interviews, register answers, and photograph the test results.

The official Brazilian classification of ethnicity recognises five groups: Branco (White), Pardo (Brown), Preto (Black), Amarelo (East Asian), and Indígena (Indigenous).

Interviewers were instructed to select Indígena when any of the multiple first nations were given as ethnicity. Pardo reflects mixed ancestry including European, African, and Indígena backgrounds. This system is endorsed by the Afro-descendants movement.¹⁸

All positive or inconclusive tests were read by a second observer, as well as 20% of the negative tests. If a participant in a household had a positive result, all other household members were invited to be tested. Results from household members were not included in the analyses, except for results on family clustering.

Data analysis

We compared seroprevalence results with official numbers and rates of reported cases and deaths in 133 cities.⁹ We multiplied the corrected antibody prevalence in each city by the city's population to obtain an estimate of the number of people infected, and used this number to calculate under-reporting of cases and infection-fatality rates.

With 250 individuals per city, the margin of error (1·96 standard errors) for estimating prevalence at the city level is 1·92 percentage points at 2% prevalence, 2·93 at 5%, and 4·12 at 10%. At the national level the margin of error is 0·15 percentage points at 2% prevalence, 0·24 at 5%, and 0·33 for a design effect of 1·18 derived from the study results.

Socioeconomic position was assessed using a wealth index derived through principal component analyses of household assets (appendix p 3). Data analyses took into account the sampling design of the survey and corrected for the test validity (appendix pp 4–6).

Hypothesis testing was done using Cochran's Q heterogeneity test implemented as a fixed effects

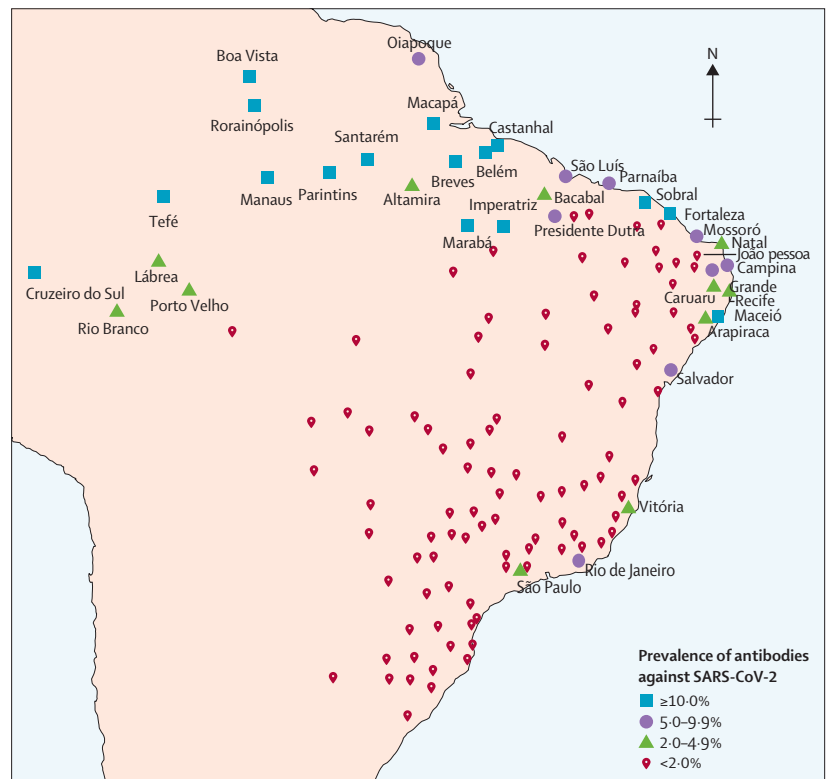


Figure 1: Location of the 133 sentinel cities in Brazil

Figures shows cities with prevalence of 5% or higher for antibodies against SARS-CoV-2 in the second survey. SARS-CoV-2=severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

meta-regression. Logistic regression was used to adjust for confounding variables in the analyses by ethnic groups. All analyses were done using R (version 3.6.1). The “survey” package^{19,20} was used to account for the sampling design. Meta-regression was implemented using the “metafor” package.²¹

See Online for appendix

Role of the funding source

The funder of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report. The corresponding author had full access to all the data in the study and had final responsibility for the decision to submit for publication.

For the Ministry of Health's official figures see <https://covid.saude.gov.br/>

Results

We interviewed 25 025 individuals in the first survey in 132 cities. During the first survey, we could not do any interviews in Picos, in the northeast region, which was under lockdown. 250 individuals were tested in 46 cities, 200–249 in 44 cities, 100–199 in 14 cities, and 1–99 in 28. The sample fell short of the planned number because of lockdown measures imposed in several cities with restrictions to mobility for the interviewers, and because of poor coordination between the Ministry of Health and the city and state governments. These difficulties were compounded by the rapid spread of disinformation

Articles

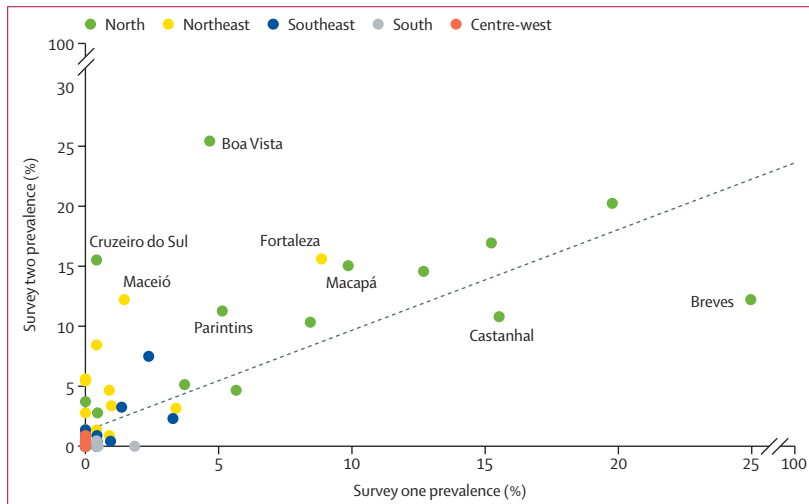


Figure 2: Comparison on antibody prevalence by survey

Figures shows 83 cities with at least 200 participants in both surveys. The solid line indicates the diagonal (equal prevalence in both surveys) and the dashed line shows the linear regression slope.

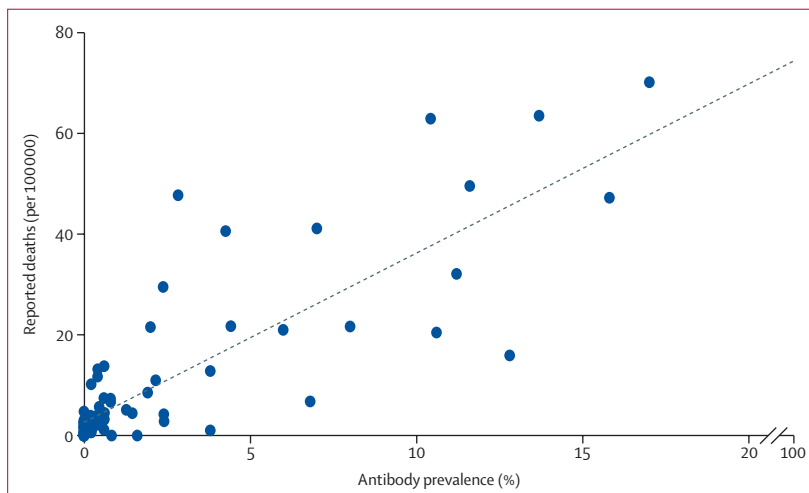


Figure 3: Scatter diagram for survey-based seroprevalence versus reported cases and deaths per population

through social media characterising the interviewers as swindlers, or of even being part of a plot to spread the virus. Interviewers were arrested in 27 cities and in eight cities tests were destroyed by local police forces.

In the second survey we overcame some of these problems because of repeated contact with the city health and police authorities and local media before data collection. The research team was not allowed to enter one city that was under lockdown. 31165 individuals were tested in 132 cities. 250 individuals were tested in 98 cities, 200–249 in 22 cities, 100–199 in 11 cities, and 1–99 in one city. Overall, 31165 (93.7%) of the planned 33250 tests were carried out.

In the first survey, residents from 10655 (23%) households refused to participate, and in 10331 (22%) households residents were not present at the time of visit, resulting in 25025 (54%) interviews from

46011 households contacted (appendix p 7). In the second survey, 12432 (21%) of the contacted households did not participate and in 15621 (26%) households residents were not present at the time of the visit, resulting in 31165 (53%) interviews from 59218 households contacted (appendix p 7). Combining both surveys, response rates were 66% in the north, 57% in the northeast, 45% in the southeast, 47% in the south, and 61% in the centre-west region. A comparison of socioeconomic indicators of included cities with those of cities that were not included in the study and the national average is available in the (appendix p 8). Compared with the overall Brazilian population, our sample included more individuals from the north, and fewer from the southeast. Men and children and adolescents (aged 1–19 years) were under-represented, as were those older than 50 years. The distribution in terms of ethnicity showed fewer individuals who reported being Branco, and larger percentages of Pretos, Pardos, and Indígenas (appendix p 9).

We found 347 (1.39%) positive results in 24995 individuals with valid test results in the first survey, and 746 (2.40%) in 31128 in the second survey. The corrected prevalence estimates were 1.6% (95% CI 1.4–1.8) in the first survey and 2.8% (2.5–3.1) in the second.

The number of tests done in each round, by city, with prevalence results are shown in the appendix (pp 10–15). Among the 90 cities with more than 200 tests in the first survey, 16 (18%) cities had a prevalence above 2.0%, of which 11 were in the north, three in the northeast, and two in the southeast region (appendix pp 10–15). The six cities with the highest prevalence were all located along a 2000 km stretch of the Amazon river (appendix p 16).

In the appendix (pp 17–22) we also present estimates for all cities corrected for 99.0% specificity as in validation studies using frozen sera.¹⁰ The largest difference in city prevalence levels using the two methods was 1.1 percentage point.

In the first survey, 54 (60%) of 90 cities with at least 200 participants had no positive tests, and 13 (14%) had only one positive test. All nine cities had zero cases in the centre-west region, 16 (80%) of 20 in the south, 11 (55%) of 20 in the southeast, 12 (55%) of 22 in the northeast, and only six (32%) of 19 in the north. In the second survey, 49 (41%) of 120 cities with 200 or more tests had zero cases, and 18 (15%) had only one positive result. 34 (28%) cities had a prevalence of 2% or higher, of which 11 were in the north, 14 in the northeast and, three in the southeast (Rio de Janeiro with 7.5%, Vitória with 3.2%, and São Paulo with 2.3%). Prevalence in the second survey is shown in figure 1.

Among cities with 200 or more tests in both surveys, pooled prevalence increased from 1.9% (95% CI 1.7–2.1%) to 3.1% (2.8–3.4%) over time. The largest increase was observed in Boa Vista, from 4.7% (2.2–9.5) in the first survey to 25.4% (19.5–32.2) in the second (figure 2). Few cities showed reductions over time—most notably, Breves, with reduction from 25.4%

	First survey			Second survey			p values for comparisons over time	
	Positive tests	Adjusted for sampling design (estimate [95% CI])	Adjusted for sampling design and test validity (estimate [95% CI])	Positive tests	Adjusted for sampling design (estimate [95% CI])	Adjusted for sampling design and test validity (estimate [95% CI])	Unadjusted	Adjusted
Region		p<0.0001	p<0.0001		p<0.0001	p<0.0001		
Northeast	46/6552	0.7% (0.5–1.0)	0.8% (0.5–1.1)	273/9801	2.8% (2.4–3.2)	3.2% (2.8–3.7)	p<0.001	p<0.001
North	272/5064	5.4% (4.7–6.1)	6.3% (5.4–7.2)	419/5449	7.7% (6.9–8.5)	9.0% (8.0–10.1)	p<0.001	p<0.001
Centre-west	0/2477	0% (0.0–0.1)	0%	13/3565	0.4% (0.2–0.6)	0.4% (0.2–0.7)	*	*
Southeast	22/5833	0.4% (0.2–0.6)	0.4% (0.2–0.7)	45/7778	0.6% (0.4–0.8)	0.6% (0.4–0.9)	p=0.099	p=0.177
South	7/5069	0.1% (0.0–0.4)	0.1% (0.0–0.6)	3/4569	0.1% (0.0–0.2)	0% (0.0–0.3)	p=0.281	p=0.476
Sex		p=0.16	p=0.27		p=0.095	p=0.16		
Female	189/14464	1.3% (1.1–1.5)	1.5% (1.2–1.8)	461/18155	2.5% (2.3–2.8)	2.9% (2.6–3.3)	p<0.001	p<0.001
Male	158/10531	1.5% (1.3–1.8)	1.7% (1.4–2.0)	292/13007	2.2% (2.0–2.5)	2.6% (2.3–3.0)	p<0.001	p<0.001
Age, years		p=0.22	p=0.42		p=0.0015	p=0.0056		
0–4	6/432	1.4% (0.5–3.0)	1.6% (0.6–3.5)	11/573	1.9% (1.0–3.4)	2.2% (1.1–4.0)	p=0.520	p=0.563
5–9	8/681	1.2% (0.5–2.5)	1.3% (0.5–2.9)	16/983	1.6% (0.9–2.6)	1.9% (1.0–3.1)	p=0.448	p=0.522
10–19	31/2287	1.4% (0.9–1.9)	1.5% (1.0–2.2)	52/2856	1.8% (1.4–2.4)	2.1% (1.5–2.8)	p=0.190	p=0.225
20–29	55/3866	1.4% (1.1–1.9)	1.6% (1.2–2.2)	118/4761	2.5% (2.0–3.0)	2.9% (2.3–3.5)	p<0.001	p=0.002
30–39	58/3834	1.5% (1.2–1.9)	1.7% (1.3–2.3)	122/4668	2.6% (2.2–3.1)	3.0% (2.5–3.6)	p<0.001	p=0.001
40–49	63/3972	1.6% (1.2–2.0)	1.8% (1.4–2.4)	155/4885	3.2% (2.7–3.7)	3.7% (3.1–4.4)	p<0.001	p<0.001
50–59	67/4016	1.7% (1.3–2.1)	1.9% (1.4–2.5)	133/5019	2.6% (2.2–3.1)	3.1% (2.5–3.7)	p=0.002	p=0.005
60–69	33/3382	1.0% (0.7–1.4)	1.1% (0.7–1.6)	79/4264	1.9% (1.5–2.3)	2.1% (1.7–2.7)	p=0.002	p=0.005
70–79	22/1797	1.2% (0.8–1.8)	1.4% (0.8–2.1)	49/2262	2.2% (1.6–2.9)	2.5% (1.8–3.4)	p=0.025	p=0.040
≥80	4/728	0.5% (0.1–1.4%)	0.6% (0.1–1.6)	18/891	2.0% (1.2–3.2)	2.3% (1.4–3.7)	p=0.018	p=0.045
Ethnicity		p<0.0001	p<0.0001		p<0.0001	p<0.0001		
Amarelo (East Asian)	8/685	1.2% (0.5–2.4)	1.3% (0.5–2.8)	15/827	1.8% (1.0–2.9)	2.1% (1.1–3.5)	p=0.311	p=0.392
Branco (White)	61/9493	0.6% (0.5–0.8)	0.7% (0.5–1.0)	138/11011	1.3% (1.1–1.5)	1.4% (1.2–1.7)	p<0.001	p<0.001
Indígena (Indigenous)	12/327	3.7% (1.9–6.4)	4.2% (2.2–7.2)	24/440	5.5% (3.6–7.9)	6.3% (4.2–9.2)	p=0.251	p=0.298
Pardo (Brown)	229/11042	2.1% (1.8–2.4)	2.4% (2.0–2.8)	444/14282	3.1% (2.8–3.4)	3.6% (3.2–4.0)	p<0.001	p<0.001
Preto (Black)	32/2961	1.1% (0.7–1.5)	1.2% (0.8–1.8)	114/3923	2.9% (2.4–3.5)	3.4% (2.7–4.1)	p<0.001	p<0.001
Household size		p<0.0001	p<0.0001		p=0.0003	p=0.0023		
1	62/5074	1.2% (0.9–1.6)	1.4% (1.0–1.8)	150/5888	2.5% (2.1–3.0)	3.0% (2.5–3.5)	p<0.001	p<0.001
2	79/7012	1.1% (0.9–1.4)	1.3% (1.0–1.6)	192/9148	2.1% (1.8–2.4)	2.4% (2.0–2.8)	p<0.001	p<0.001
3	54/5429	1.0% (0.7–1.3)	1.1% (0.8–1.5)	153/6807	2.2% (1.9–2.6)	2.6% (2.2–3.1)	p<0.001	p<0.001
4–5	102/5835	1.7% (1.4–2.1)	2.0% (1.6–2.5)	189/7483	2.5% (2.2–2.9)	2.9% (2.5–3.4)	p=0.002	p=0.006
≥6	50/1645	3.0% (2.1–4.2)	3.5% (2.5–4.9)	69/1836	3.8% (3.0–4.7)	4.4% (3.4–5.6)	p=0.245	p=0.317
Wealth quintiles		p=0.0052	p=0.012		p<0.0001	p<0.0001		
Poorest	101/5590	1.8% (1.5–2.2)	2.1% (1.6–2.6)	237/7369	3.2% (2.8–3.7)	3.7% (3.2–4.3)	p<0.001	p<0.001
2nd	73/4728	1.5% (1.2–2.0)	1.8% (1.3–2.3)	168/5774	2.9% (2.5–3.4)	3.4% (2.9–4.0)	p<0.001	p<0.001
3rd	63/4798	1.3% (1.0–1.7)	1.5% (1.1–2.0)	127/5950	2.1% (1.8–2.6)	2.5% (2.0–3.0)	p=0.001	p=0.005
4th	64/4852	1.3% (1.0–1.7)	1.5% (1.1–1.9)	127/5927	2.1% (1.8–2.6)	2.5% (2.0–3.0)	p=0.001	p=0.004
Richest	46/5018	0.9% (0.7–1.2)	1.0% (0.7–1.4)	94/6142	1.5% (1.2–1.9)	1.8% (1.4–2.2)	p=0.004	p=0.009
Total								
Cities with ≥200 participants in both surveys	333/20 084	1.7% (1.5–1.9)	1.9% (1.7–2.2)	551/20 414	2.7% (2.5–3.0)	3.1% (2.8–3.4)	p<0.001	p<0.001
All cities in each phase	347/24 995	1.4% (1.2–1.6)	1.6% (1.4–1.8)	753/31 162	2.4% (2.2–2.6)	2.8% (2.5–3.1)	p<0.001	p<0.001

Missing values represented 2.1% of the responses on ethnicity, and less than 0.1% for the remaining variables. *p values for trends over time could not be calculated because prevalence was equal to 0 in the first survey.

Table: Seroprevalence according to sociodemographic characteristics

(17.5–33.7%) to 12.2% (6.6 to 20.2%). Pearson's correlation coefficient between the two consecutive prevalence estimates was 0.728 (p<0.0001).

When a participant tested positive, other household members were also tested. 21.6% of positive participants had at least one other positive household

member in the first survey, and 33.0% in the second survey.

Figure 3 shows prevalence estimates by pooling the two rounds of data in each city and plotting these values against the reported mortality rates.⁹ We used the mean number of deaths on May 13, and June 3, before the two rounds of testing. We found a correlation between prevalence estimated by the survey and the number of reported deaths per population, with a correlation coefficient of 0.826 ($p < 0.0001$). The infection-fatality rate was estimated at 0.71%. Our results by region of the country were also consistent with officially reported deaths (appendix p 23).

We calculated the ratio of estimated infections to reported cases in 83 cities with 200 or more tests in both surveys. Taken together, these cities reported 172 420 cases by May 23, compared with our estimate of 177 840 infected individuals. The ratio of estimated infections to reported cases was equal to 10.3.

The table shows a breakdown of prevalence findings, resulting from analyses based on all individuals tested. In the north region, prevalence was 6.3% (95% CI 5.4–7.2) in the first survey and 9.0% (8.0–10.1) in the second ($p = 0.0001$). An increase from 0.8% (0.5–1.1) to 3.2% (2.8–3.7) prevalence was also observed in the northeast ($p < 0.0001$), but in the other three regions change over time was not significant.

Prevalence was similar among men and women (table). We found no significant difference according to age in the first survey, but in the second survey prevalence was higher for individuals aged 20–59 years than for younger or older individuals (table). Children and adolescents showed similar prevalence within each survey (table). The increased prevalence in individuals aged 20–59 years was associated with an increase in the proportion of individuals who left home on a daily basis, from 27.2% (95% CI 26.5–28.8) to 31.6% (30.8–32.4; $p < 0.0001$).

We found marked differences in prevalence according to ethnic group, ranging from 0.7% (95% CI 0.5–1.0) among Branco individuals to 4.2% in Indígenas in the first wave, and from 1.4% (1.2–1.7) for Branco individuals to 6.3% in the second wave. We did further analyses to verify whether the higher prevalence in Indígena individuals was due to confounding by region, number of family members, and household wealth (appendix p 24). To increase sample sizes for Indígena participants, we pooled the results from both surveys of the study for all ethnic groups. The prevalence odds ratio (OR) for Indígena relative to Branco participants was 4.72 (95% CI 2.91–7.67) in the model without confounding factors. After adjustment, the OR was reduced to 1.87 (1.18–2.96). When analyses were restricted to the north region, the prevalence OR was 1.64 (0.87–3.10). In terms of ethnicity, the second highest prevalence (2.4% [2.0–2.8] in the first survey and 3.6% [3.2–4.0] in the second) was found in Pardo participants.

Prevalence was directly associated with household size in both surveys (table). Results for socioeconomic status show clear social gradients in both surveys, with greater than two-times higher prevalence in the poorest than in the wealthiest quintile (table). We found no evidence of greater increases in a particular quintile (p for interaction = 0.96).

Discussion

To our knowledge, this is the largest population-based study of prevalence of antibodies to SARS-CoV-2 in geographical scope. Our most remarkable finding was the cluster of high prevalence in 11 cities along the Amazon River, with levels that were among the highest ever reported in population-based studies.²² This finding of high prevalence in a tropical region contradicts common wisdom that continents such as Africa might be protected against COVID-19 because of high ambient temperature.²³

The first COVID-19 case in Brazil's north region was reported in Manaus on March 13, 2020, and the spread in the pandemic was consistent with the main river-boat routes along the Amazon.²⁴ Long boat trips—eg, 36 h from Manaus to Tefé—offer the possibility of intense contagion in overcrowded boats, where most passengers use hammocks for sleeping or resting on the decks. One study²⁵ showed an inverse association (Pearson's $r = -0.78$; $p < 0.0001$) between the daily number of boats leaving the capital to a given city and the number of days elapsed until the first reported case in each city.

Another possibility is that Indígena individuals have an increased genetic susceptibility to SARS-CoV-2 infection because several outbreaks have been reported in Indigenous territories.²⁶ Our analyses suggest that the excess risk of Indígena individuals is largely explained by geographical region, household size, and socioeconomic status. Nevertheless, the adjusted results do not negate the finding that Indígena people are at higher risk than people of other ethnicities are, if not for genetic reasons then because of Indígena people's exposure to poverty and to crowded living conditions. Historically, mortality rates among Indígena peoples have been substantially higher than those in other ethnic groups,^{27,28} and Indígena populations were left behind when Brazil made rapid progress in health during the 1990s.²⁹ High seroprevalence, combined with comorbidity with metabolic and cardiovascular diseases that are also increasing rapidly among Indigenous Brazilians³⁰ will probably place those people at increased risk of death due to COVID-19.

Pardo people are mostly descended from native Americans and Europeans in the north region, and from Africans and Europeans in the rest of the country.³¹ Baqui and colleagues³² reported that hospital case-fatality from COVID-19 was higher among individuals with Preto or mixed ethnicity, compared with Branco people. The number of Indígena participants in that study was not sufficient for analyses.

Antibody prevalence increased by over 50% in the period of 2–3 weeks between the two surveys, showing increases in most cities studied. The notable exception was Breves, where prevalence declined from the highest observed prevalence in the first round by almost 50% in the second survey. Only one other city (Castanhal, near Breves) showed a reduction greater than 2 percent points. Serum titres in previously positive individuals might have fallen below the detection threshold for the test between the first and second surveys. Indeed, a report showed evidence of rapid declines in serum IgG titres among COVID-19-infected patients over time, leading to loss of ELISA positivity. This decline was especially prevalent among seropositive individuals who were asymptomatic, 40% of whom became seronegative after an 8-week period.³³ A 14% decline in positive results in the same participants was observed in the Spanish national surveys between the first to the third survey (approximately 40 days).³⁴ These findings might have important implications for the interpretation of seroprevalence studies, which are likely to underestimate true prevalence because previously positive individuals become negative over a short time. Longitudinal or repeated panel studies are required to confirm these findings.

Another possible explanation for high prevalence in the Amazon is cross-reactivity with other coronaviruses endemic to the region. We regard this explanation as unlikely. First, positivity correlated well geographically with reported mortality due to COVID-19, which would not occur for past infections with related coronaviruses. Second, we found rapid increases in prevalence in several Amazon cities between the two surveys. Third, the rapid test detects antibodies specific to the SARS-CoV-2 receptor binding domain of the spike protein, which is poorly conserved across coronaviruses.³⁵

We were only able to identify one population-based study of antibodies to SARS-CoV-2 in children. In Spain, prevalence was less than half in children younger than 5 years than in adults.^{7,8} We found that young children displayed similar prevalence to that observed in older age groups in the first survey, but in the second survey prevalence was lower in those aged up to 19 years, compared with adults aged 20–59 years.

The limitations of our analyses include the restriction of the sample to sentinel cities that constitute regional hubs, which are larger, more developed, and better equipped with health services than the country as a whole. Rural areas, where approximately 15% of all Brazilians live, were excluded.³⁶ Our response rate of 53–54% is similar to that in the Spanish survey (60%) and higher than that achieved in national surveys in Iceland and Austria.^{4,5} We found that many families have been moving away from large cities to towns or rural areas since physical distancing was recommended. We could not collect information from household members who were either away at the time of visit or refused to participate.

Our sample had fewer children than was expected, which was probably due to children's reluctance to undergo a finger prick when randomly selected within the household; also, infants were excluded from our sample. In terms of ethnicity, Branco people were under-represented in the sample compared with the national population, possibly because of low response rates in apartment buildings and gated communities, where many Branco people live.

Concerns have been raised regarding the use of point-of-contact antibody tests for clinical decision making and for so-called immune passports. However, use of such tests for large-scale, population-based, seroprevalence studies is less controversial, provided that sensitivity and specificity are sufficiently high and appropriately corrected for.^{37,38} The test we used is one of the most precise lateral-flow tests.¹⁶ We used two sets of sensitivity and specificity parameters for correction, and the largest prevalence difference between the two approaches was 1.1 percentage point. Additionally, the possibility of spectrum bias should be considered because sensitivity assessments are usually limited to samples from patients with severe disease and thus with higher antibody levels;³⁹ this limitation applies to all antibody tests.

Given the scale of our study, point-of-contact tests were the most viable alternative. Our results have strong face validity, showing a high correlation with reported death rates, an increase over time as the pandemic progressed, and distribution by age, socioeconomic status, and household size that would be expected. The comparison with officially reported cases and deaths showed that only one in ten infections were reported as cases, and our estimate of infection-fatality rate was lower than the official figure for case-fatality.⁹

Our results must be interpreted in terms of the controversial management of the pandemic by the national government.¹³ Testing was restricted to individuals with severe symptoms during the early stages of the pandemic and contact tracing was virtually non-existent. Two consecutive health ministers were either dismissed or resigned in less than 1 month because of opposition to the president's stance regarding physical distancing and the use of hydroxychloroquine to treat COVID-19, and since May 15, the country has not had a health minister. By contrast with the federal government, most state governors and city mayors enforced closure of schools, shops, and non-essential services, and recommended the use of face masks. Nevertheless, hospital services have been at the brink of collapse due to the high numbers of patients requiring intensive care. Several mayors and governors have relaxed physical distancing policies throughout the country, despite the persisting high incidence of new cases and deaths. The effect of these measures is still too early to assess, but further waves of serological surveys will allow monitoring of the progression of the pandemic and help assess the effectiveness of policy changes.

Articles

Contributors

PCH, FPH, BLH, MFS, CJS, LPV, LCP, OAD, MNB, GDV, AMBM, FCB, AJDB, and CGV contributed to the conception and design of the work, to the acquisition, analysis, and interpretation of data, and the draft of the manuscript. NAN contributed to the acquisition of data. All authors have approved the submitted version.

Declaration of interests

We declare no competing interests.

Data sharing

Data will become publicly available upon request from the corresponding author 30 days after publication. The EPICOV19 datasets are freely available online.

Acknowledgments

The study was funded by the Brazilian Ministry of Health, Instituto Serrapilheira, Brazilian Collective Health Association and JBS Fazer o Bem Faz Bem.

Editorial note: the *Lancet* Group takes a neutral position with respect to territorial claims in published maps and institutional affiliations.

References

- Pearce N, Vandenbroucke JP, VanderWeele TJ, Greenland S. Accurate statistics on COVID-19 are essential for policy guidance and decisions. *Am J Public Health* 2020; **110**: 949–51.
- Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, et al. What is urgent and necessary to inform policies to deal with the COVID-19 pandemic in Brazil? *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2020; **23**: e200032.
- Wise J. Covid-19: surveys indicate low infection level in community. *BMJ* 2020; **369**: m1992.
- Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. *N Engl J Med* 2020; **382**: 2302–15.
- Institute for Social Research and Consulting Ogris & Hofinger GmbH (SORA). COVID-19 Prevalence, 2020. https://www.sora.at/fileadmin/downloads/projekte/Austria_COVID-19_Prevalence_BMBWF_SORA_20200410_EN_Version.pdf (accessed May 5, 2020).
- Public Health Agency of Sweden. Nya resultat från undersökning av förekomsten av covid-19 i Sverige. 2020. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/maj/nya-resultat-fran-undersokning-av-forekomsten-av-covid-19-i-sverige/> (accessed May 14, 2020).
- Ministerio de Ciencia e Innovacion and Ministerio de Salud. Spain. Estudio ENE-COVID19: primera ronda estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España. Informe preliminar 13 mayo de 2020. Madrid, Spain, 2020. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/estudio_ene-covid19_primera_ronda_informe_preliminar.pdf (accessed July 10, 2020).
- Ministerio de Ciencia e Innovacion and Ministerio de Salud. Spain. Estudio ENE-Covid-19: Segunda Ronda. Estudio Nacional de Sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España. Madrid, España, 2020. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/estudio_ene-covid19_segunda_ronda_informe_preliminar.pdf (accessed July 10, 2020).
- Saude BMD. Coronavírus Brasil. 2020. <https://covid.saude.gov.br> (accessed Aug 5 2020).
- Pellanda LC, Wendland EM, McBride AJA, et al. Sensitivity and specificity of a rapid test for assessment of exposure to SARS-CoV-2 in a community-based setting in Brazil. *medRxiv* 2020; published online May 10. <https://doi.org/10.1101/2020.05.06.20093476> (preprint).
- Comitê Técnico do Inquérito Epidemiológico SARS-CoV-2. Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico. Resultados preliminares. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2020.
- Gomes CC, Cerutti C, Zandonade E, et al. A population-based study of the prevalence of COVID-19 infection in Espírito Santo, Brazil: methodology and results of the first stage. *medRxiv* 2020; published online June 16. <https://doi.org/10.1101/2020.06.13.20130559> (preprint).
- The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?”. *Lancet* 2020; **395**: 1461.
- University of Miami. COVID-19 observatory: public polity adoption index in Brazil. 2020. <http://observacovid.miami.edu/brazil/> (accessed Aug 5, 2020).
- França EB, Ishitani LH, Teixeira RA, et al. Deaths due to COVID-19 in Brazil: how many are there and which are being identified? *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2020; **23**: e200053.
- Whitman JD, Hiatt J, Mowery CT, et al. Test performance evaluation of SARS-CoV-2 serological assays *medRxiv* 2020; published online May 17. <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20074856> (preprint).
- Silveira MF, Barros AJD, Horta BL, et al. Population-based surveys of antibodies against SARS-CoV-2 in Southern Brazil. *Nat Med* 2020; **26**: 1196–99.
- Petrucelli JL, Saboia AL, eds. Características étnico-raciais da população: classificação e identidades. Rio de Janeiro, Brazil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.
- Lumley T. Analysis of complex survey samples. *J Stat Softw* 2004; **9**: 1–19.
- Lumley T. Survey: analysis of complex survey samples. <https://cran.r-project.org/web/packages/survey/citation.html> (accessed May 5, 2020).
- Viechtbauer W. Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *J Stat Softw* 2010; **36**: 1–48.
- Popovich N, Sanger-Katz M. The world is still far from herd immunity for coronavirus. New York Times. May 28, 2020. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/05/28/upshot/coronavirus-herd-immunity.html> (accessed Sept 3, 2020).
- The Lancet. COVID-19 in Africa: no room for complacency. *Lancet* 2020; **395**: 1669.
- Pereira HS, Barbosa DES, Lorenzi BC, Vasconcelos ARM. Fases da pandemia em 6 capitais da Amazônia brasileira. *ODS Atlas Amazonas* 2020; **2**: 1–2.
- Aleixo N, Silva Neto J, Pereira H, Barbosa D, Lorenzi B. Along waterways: mobility and evolution of COVID-19 in the state of Amazonas. *Confin* 2020; **45**.
- Articulacao de Povos Indigenas do Brasil. Vidas indígenas e o COVID-19. 2020. <http://apib.info/2020/05/14/1-vidas-indigenas-e-covid-19/> (accessed May 12, 2020).
- Campos MB, Borges GM, Queiroz BL, Santos RV. Differences in mortality between indigenous and non-indigenous persons in Brazil based on the 2010 Population Census. *Cad Saude Publica* 2017; **33**: e00015017.
- Santos RV, Borges GM, Campos MB, Queiroz BL, Coimbra CEA Jr, Welch JR. Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: what can we learn from the 2010 National Demographic Census? *SSM Popul Health* 2020; **10**: 100537.
- Coimbra CEA, Santos RV. Emerging health needs and epidemiological research in indigenous peoples in Brazil. In: Salzano FM, Hurtado AM, eds. Lost paradises and the ethics of research and publication. Oxford: Oxford University Press, 2004: 89–109.
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; **377**: 1949–61.
- Pena SD, Di Pietro G, Fuchshuber-Moraes M, et al. The genomic ancestry of individuals from different geographical regions of Brazil is more uniform than expected. *PLoS One* 2011; **6**: e17063.
- Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Global Health* 2020; **8**: e1018–26.
- Long Q-X, Tang X-J, Shi Q-L, et al. Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. *Nat Med* 2020; **26**: 1200–04.
- Ministerio de Ciencia e Innovacion and Ministerio de Salud. Spain. Estudio ENE-Covid-19: Informe Final Estudio Nacional de Sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España. Madrid, Spain, 2020. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf (accessed July 10, 2020).
- Premkumar L, Segovia-Chumbez B, Jád R, et al. The receptor binding domain of the viral spike protein is an immunodominant and highly specific target of antibodies in SARS-CoV-2 patients. *Sci Immunol* 2020; **5**: eabc8413.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População. 2019. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados> (accessed April 30, 2020).

Articles

- 37 Theel ES, Slev P, Wheeler S, Couturier MR, Wong SJ, Kadkhoda K. The role of antibody testing for SARS-CoV-2: is there one? *J Clin Microbiol* 2020; 58: e00797–20.
- 38 Bryant JE, Azman AS, Ferrari MJ, et al. Serology for SARS-CoV-2: apprehensions, opportunities, and the path forward. *Sci Immunol* 2020; 5: eabc6347.
- 39 Takahashi S, Greenhouse B, Rodríguez-Barraquer I. Are SARS-CoV-2 seroprevalence estimates biased? *OSF Preprints* 2020; published online May 30. <https://doi.org/10.31219/osf.io/y3fxt> (preprint).

Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data



Otávio T Ranzani*, Leonardo S L Bastos*, João Gabriel M Gelli, Janaina F Marchesi, Fernanda Baião, Silvio Hamacher, Fernando A Bozza

Summary

Background Most low-income and middle-income countries (LMICs) have little or no data integrated into a national surveillance system to identify characteristics or outcomes of COVID-19 hospital admissions and the impact of the COVID-19 pandemic on their national health systems. We aimed to analyse characteristics of patients admitted to hospital with COVID-19 in Brazil, and to examine the impact of COVID-19 on health-care resources and in-hospital mortality.

Methods We did a retrospective analysis of all patients aged 20 years or older with quantitative RT-PCR (RT-qPCR)-confirmed COVID-19 who were admitted to hospital and registered in SIVEP-Gripe, a nationwide surveillance database in Brazil, between Feb 16 and Aug 15, 2020 (epidemiological weeks 8–33). We also examined the progression of the COVID-19 pandemic across three 4-week periods within this timeframe (epidemiological weeks 8–12, 19–22, and 27–30). The primary outcome was in-hospital mortality. We compared the regional burden of hospital admissions stratified by age, intensive care unit (ICU) admission, and respiratory support. We analysed data from the whole country and its five regions: North, Northeast, Central-West, Southeast, and South.

Findings Between Feb 16 and Aug 15, 2020, 254 288 patients with RT-qPCR-confirmed COVID-19 were admitted to hospital and registered in SIVEP-Gripe. The mean age of patients was 60 (SD 17) years, 119 657 (47%) of 254 288 were aged younger than 60 years, 143 521 (56%) of 254 243 were male, and 14 979 (16%) of 90 829 had no comorbidities. Case numbers increased across the three 4-week periods studied: by epidemiological weeks 19–22, cases were concentrated in the North, Northeast, and Southeast; by weeks 27–30, cases had spread to the Central-West and South regions. 232 036 (91%) of 254 288 patients had a defined hospital outcome when the data were exported; in-hospital mortality was 38% (87 515 of 232 036 patients) overall, 59% (47 002 of 79 687) among patients admitted to the ICU, and 80% (36 046 of 45 205) among those who were mechanically ventilated. The overall burden of ICU admissions per ICU beds was more pronounced in the North, Southeast, and Northeast, than in the Central-West and South. In the Northeast, 1545 (16%) of 9960 patients received invasive mechanical ventilation outside the ICU compared with 431 (8%) of 5388 in the South. In-hospital mortality among patients younger than 60 years was 31% (4204 of 13 468) in the Northeast versus 15% (1694 of 11 196) in the South.

Interpretation We observed a widespread distribution of COVID-19 across all regions in Brazil, resulting in a high overall disease burden. In-hospital mortality was high, even in patients younger than 60 years, and worsened by existing regional disparities within the health system. The COVID-19 pandemic highlights the need to improve access to high-quality care for critically ill patients admitted to hospital with COVID-19, particularly in LMICs.

Funding National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), Coordinating Agency for Advanced Training of Graduate Personnel (CAPES), Carlos Chagas Filho Foundation for Research Support of the State of Rio de Janeiro (FAPERJ), and Instituto de Salud Carlos III.

Copyright © 2021 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

Millions of COVID-19 cases have generated an unprecedented strain on health-care systems worldwide, including increased rates of hospital admissions and increased demand for intensive care unit (ICU) beds, advanced respiratory support, and trained health-care professionals. The impact of the COVID-19 pandemic on each country's health system has been different, depending on the balance between supply and demand,

which is associated with the capacity to expand the health system and with pandemic preparedness.

Brazil is an upper-middle-income country with 210 million inhabitants in a large territorial area. There is substantial heterogeneity between its five macroregions (North, Northeast, Central-West, Southeast, and South), including socioeconomic heterogeneity, which is reflected in the quality of regional health services, including the availability of hospital beds and trained

Lancet Respir Med 2021

Published Online
January 15, 2021
[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9)

For the Portuguese translation of the abstract see Online for appendix 1

*Joint first authors

Barcelona Institute for Global Health, iSGlobal, Barcelona, Spain (O T Ranzani PhD); Pulmonary Division, Heart Institute, Faculty of Medicine, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil (O T Ranzani); Department of Industrial Engineering (L S L Bastos MSc), J G M Gelli BSc, Prof F Baião PhD, Prof S Hamacher PhD, and Tecgraf Institute (L S L Bastos MSc), J G M Gelli, J F Marchesi PhD, Prof S Hamacher), Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil (Critical Care Lab, National Institute of Infectious Diseases, Evandro Chagas, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil (Prof F A Bozza PhD); and D'Or Institute for Research and Education, Rio de Janeiro, Brazil (Prof F A Bozza)

Correspondence to:
Prof Fernando A Bozza, Laboratório de Pesquisa Clínica em Medicina Intensiva, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio De Janeiro 21045-900, Brazil. fernando.bozza@ini.fiocruz.br

Research in context

Evidence before this study

We searched PubMed for nationwide studies describing the burden of the COVID-19 pandemic on countries' health systems, the use of resources in terms of intensive care unit (ICU) admissions and respiratory support, and in-hospital mortality for patients admitted to hospital with COVID-19, with a focus on low-income and middle-income countries (LMICs). We searched for studies published in English, from database inception to Oct 18, 2020, using the following search terms: "SARS-CoV-2" OR "COVID-19" OR "COVID" AND "critical care" OR "intensive care" OR "ICU" OR "mechanical ventilation" OR "ventilation" AND "hospital mortality". The majority of studies we found were single-centre or regional studies; few were from LMICs, and we found no detailed assessments of health-system burden. We found four nationwide studies, one from Germany and three from LMICs (Mexico, Iran, and Brazil). The studies from Iran and Brazil reported on patients admitted to hospital from the beginning of the COVID-19 pandemic and did not focus on health-care resource use or health-system burden. The study from Mexico reported in-hospital mortality among mechanically ventilated patients. There is, therefore, a scarcity of data on the use of health-care resources and in-hospital mortality for patients with COVID-19 in LMICs.

Added value of this study

In this retrospective analysis of data from a large, nationwide surveillance database in Brazil, an upper-middle-income country, we observed high in-hospital mortality in a large cohort of patients with quantitative RT-PCR (RT-qPCR)-confirmed COVID-19, as well as a high proportion of ICU admissions and patients requiring respiratory support. In-hospital mortality was notably high among patients younger than 60 years, particularly

those who received invasive mechanical ventilation. The health-system burden varied between the five regions of the country; hospital admission rates and in-hospital mortality were associated with the temporal increase in COVID-19 cases across the country and underlying regional differences in the supply of hospital and ICU beds.

Implications of all the available evidence

Although Brazil has a unified health system that aims to provide universal health coverage, differences in health-system capacity exist across its five macroregions. The temporal and regional spread of COVID-19 placed a substantial burden on the health system across the country and overwhelmed the system in the five regions, particularly the North and Northeast, which saw higher hospital admission rates and higher in-hospital mortality in the first months of the pandemic. The regional differences in in-hospital mortality observed in this study were consistent with regional inequities in access to high-quality health care before the pandemic, indicating that COVID-19 disproportionately affects not only the most vulnerable patients but also the most fragile health systems. Community-based non-pharmacological interventions are crucial to mitigate the rate of COVID-19 transmission and to reduce the overall burden of COVID-19 in the population. Additionally, the high in-hospital mortality observed in our study, even among patients younger than 60 years, highlights the need for improvements in the structure and organisation of the health system, with an increase in the resources available—including equipment, consumables, intensive care space, and trained health-care workers—to support the implementation of evidence-based practice and improved health outcomes for patients with severe or critical COVID-19.

health-care workers.^{1–3} Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) spread to Brazil via international flights, and COVID-19 cases were initially concentrated in the large metropolitan areas, spreading from state capitals to the towns.⁴

Recent economic and political crises have intensified structural problems in Brazil's unified health system (*Sistema Único de Saúde*)—the aim of which is to provide universal health coverage—including gaps in governance and organisation, chronic underfunding, and low clinical effectiveness.^{2,5} The COVID-19 pandemic has challenged the country's health system, with more than 8·2 million cases and 206 000 deaths reported by Jan 14, 2021. The existing regional disparities in access to health services and health outcomes were probably intensified by the pandemic, disproportionately affecting the most vulnerable socioeconomic groups in the population.

Most low-income and middle-income countries (LMICs) have little or no data integrated into a national surveillance system to identify characteristics or outcomes of hospital admissions for COVID-19 and the impact of

the pandemic on their national health systems. Brazil's unified health system and its informatics department (DATASUS) have a long tradition of acquiring and maintaining public records of health-related information for administrative and epidemiological purposes.⁶ We used data from a nationwide surveillance system to describe patient characteristics, intensive care use, and respiratory support for the first 250 000 patients admitted to hospital with COVID-19 in Brazil. We also aimed to investigate the impact of COVID-19 on the use of health-care resources and in-hospital mortality across the five macroregions in Brazil.

Methods

Study design and participants

We did a retrospective analysis of all COVID-19 hospital admissions registered in the Influenza Epidemiological Surveillance Information System, SIVEP-Gripe (*Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe*), a nationwide surveillance database used to monitor severe acute respiratory infections in Brazil.^{7,8} Established by

For the latest number of reported COVID-19 cases and deaths see <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Matéria DOCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?pid=316388>.

Brazil's Ministry of Health in 2012, SIVEP-Gripe has been the primary source of information on COVID-19 hospital admissions and deaths in the country. COVID-19 notification is compulsory in Brazil and SIVEP-Gripe receives notifications of patients admitted to both public and private hospitals with COVID-19. For the period analysed in this study, patients admitted to hospital with COVID-19 were from 4407 (80%) of 5506 municipalities with a confirmed case in Brazil, comprising 96% of the population (appendix 2 p 4).

For each patient registered, information about the individual's demographics, self-reported symptoms, comorbidities, ICU admission and ventilatory support, and dates of symptom onset, hospital admission, ICU admission, and in-hospital outcome (death or discharge) are included. We accessed data in SIVEP-Gripe, which are already de-identified and publicly available (appendix 2 p 5). Following ethically agreed principles on open data, this analysis did not require ethical approval in Brazil.

Our period of analysis was from epidemiological week 8 (starting Feb 16, 2020) to epidemiological week 33 (until Aug 15, 2020). We included all consecutively registered patients with a positive quantitative RT-PCR (RT-qPCR) test result for SARS-CoV-2 who had been admitted to hospital and were aged 20 years or older. SARS-CoV-2 diagnostic tests followed national and international standards and were done in certified laboratories. We excluded patients with COVID-19 who were not admitted to hospital and who died in a non-hospital setting. Information on data management is summarised in appendix 2 (pp 6–8).

Other data sources

We obtained data on the total number of confirmed SARS-CoV-2 cases (those in hospital and those not in hospital) at the municipal level reported by each state's Health Department, which is collected by the *brasil.io* consortium, a group of volunteers who compile daily epidemiological bulletins. Brazilian population estimates for 2020 were retrieved from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*; IBGE), and numbers of active hospital and ICU beds retrieved from the national registry of health facilities (*Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*; CNES). A detailed description of the data sources is provided in appendix 2 (p 5).

Outcomes

The primary outcome was in-hospital mortality. We also evaluated the use of health-care resources (ICU admission and respiratory support, defined as none, non-invasive, or invasive).

Data analysis

The analysis was prespecified and defined before any reading of the data. The sample size was pragmatic

and comprised all adult patients (aged ≥ 20 years) with COVID-19 admitted to hospital and registered in the database between epidemiological weeks 8 and 33.

We used medians and IQRs or means and SDs to summarise continuous variables, and calculated frequencies and proportions for categorical variables. We calculated age-adjusted and sex-adjusted rates for each macroregion by the direct method using the estimated Brazilian population for 2020 as a reference.

We examined the progression of the COVID-19 pandemic (total cases, hospital admissions, and in-hospital deaths) throughout the country by focusing on three different periods, each comprising four epidemiological weeks, to illustrate its spatial and temporal development: epidemiological weeks 8–12 (Feb 16 to March 21, 2020), epidemiological weeks 19–22 (May 3 to May 30, 2020), and epidemiological weeks 27–30 (June 28 to July 25, 2020). The first period comprised 5 weeks due to sparse data and the last period was censored until week 30 because of delayed entry of outcomes.

See Online for appendix 2

For more on the *brasil.io* consortium see https://brasil.io/dataset/covid19/caso_full/
For more on the CNES see <http://cnes.datasus.gov.br/>

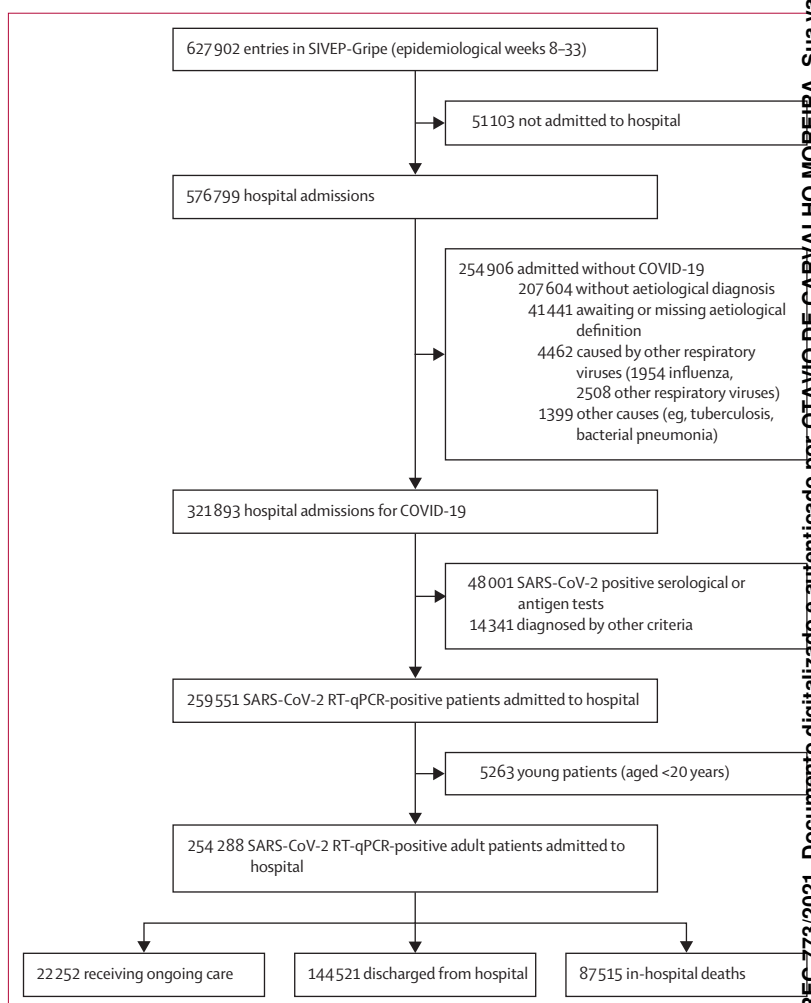


Figure 1: Study profile
SARS-CoV-2=severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

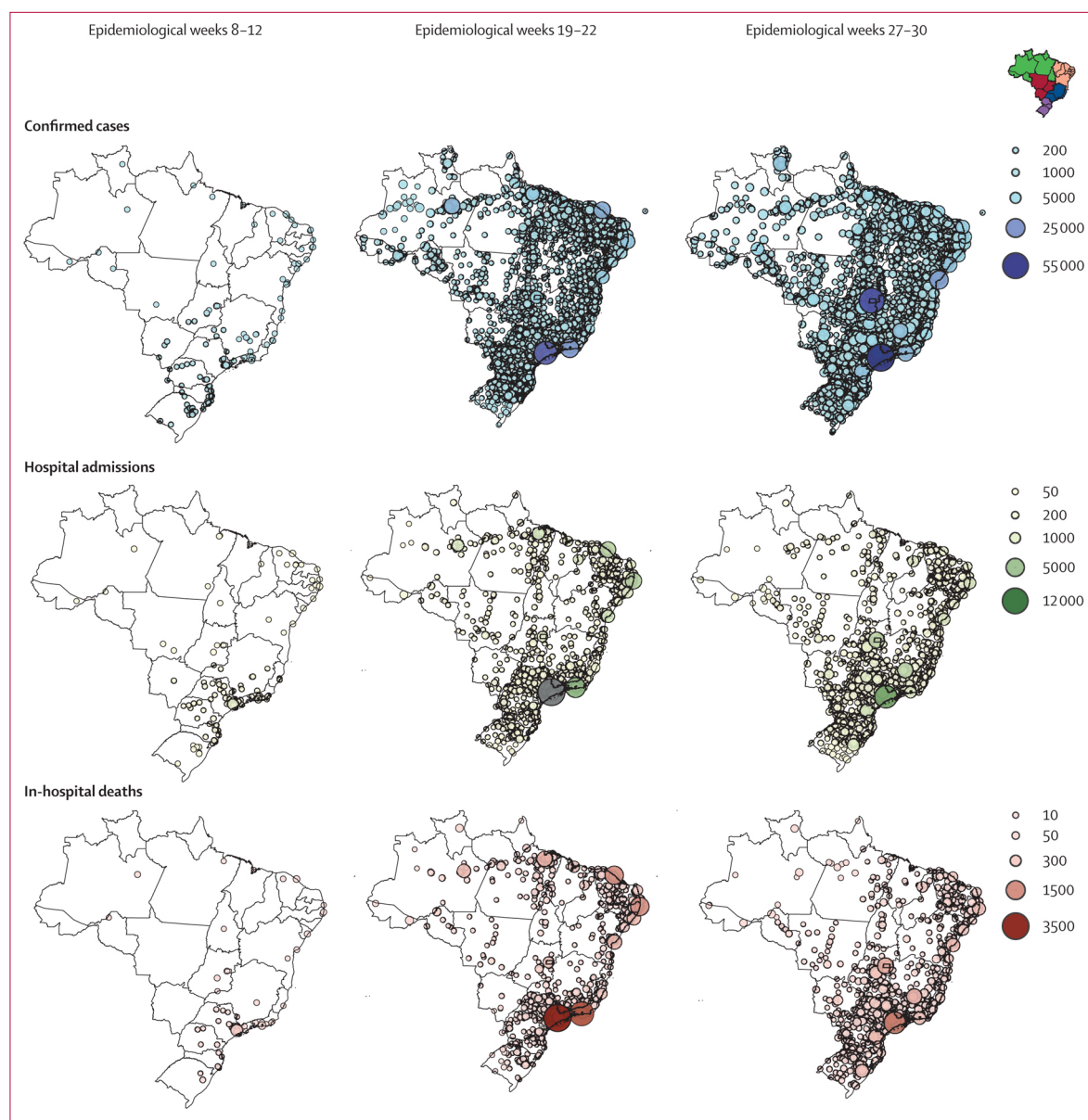


Figure 2: Spatial and temporal spread of the COVID-19 pandemic across three 4-week periods in Brazil

The maps show municipalities in which confirmed COVID-19 cases, hospital admissions, and in-hospital deaths were reported during three 4-week periods: epidemiological weeks 8-12 (Feb 16 to March 21, 2020), epidemiological weeks 19-22 (May 3 to May 30, 2020), and epidemiological weeks 27-30 (June 28 to July 25, 2020). Inset shows the five macroregions of Brazil: North (green), Northeast (light orange), Central-West (red), Southeast (blue), and South (purple).

We evaluated in-hospital mortality and the use of resources in the health system (ICU admission and respiratory support) for patients who had a hospital outcome. We compared the burden of hospital admissions (defined as the rate of hospital admissions per 100 000 population), in-hospital mortality, and the proportion of resource use between macroregions. We calculated in-hospital mortality by each macroregion for every 4-week period and estimated 95% CIs by the Agresti-Coull method. We also stratified the analysis by the following variables: age; sex; number of comorbidities (cardiovascular, renal,

neurological, haematological, or hepatic comorbidities, diabetes, chronic respiratory disorder, obesity, or immunosuppression); level of education; self-reported race or skin colour (Branco [White], Preto [Black], Pardo [Brown], Amarelo [Asian], or Indígena [Indigenous]), hereafter referred to as self-reported race; ICU admission; and respiratory support. We also did a sensitivity analysis by including patients diagnosed by serological or antigen tests and clinical-epidemiological criteria, to account for potential selection bias towards severe COVID-19 cases because of the prioritisation of RT-qPCR tests.

The main analysis was based on complete case data, computing averages and proportions with the corresponding number of available data for each variable. However, SIVEP-Gripe contains a considerable amount of missing data for some variables, such as reported symptoms and comorbidities. In a post-hoc analysis, we evaluated the pattern of missing data and did a sensitivity analysis via multiple imputation by chained equations, generating 30 imputed datasets. A description of the multiple imputation is provided in appendix 2 (pp 9–15).

Brazil is divided into five macroregions: North, Northeast, Central-West, Southeast, and South. These macroregions have historical differences in health-system capacity and coverage. Thus, we did analyses for the whole country and for each macroregion.⁹ All analyses were done in R, version 4.0.2. Multiple imputation was done in Stata 13.1. We followed STROBE guideline recommendations.

Role of the funding source

The funders had no role in any decision about the manuscript. All authors had full access to all the data in the study and OTR and LSLB verified the data, and all authors approved the final version of the manuscript for publication.

Results

Between Feb 16 and Aug 15, 2020, there were 3278692 confirmed cases of COVID-19, spread over 5506 (99%) of 5570 municipalities in Brazil. During this period, 576799 hospital admissions were reported in the SIVEP-Gripe database (figure 1). Of these, 254288 adult

patients (aged ≥ 20 years) who were admitted to hospital had a positive RT-qPCR test result for SARS-CoV-2.

During epidemiological weeks 8–12, there were 1092 confirmed COVID-19 cases and 773 hospital admissions in the five macroregions. This increased to 413458 confirmed cases and 58034 hospital admissions during weeks 19–22, concentrated in the North, Northeast, and Southeast. During weeks 27–30, there were 1092353 confirmed COVID-19 cases and 59748 hospital admissions, concentrated in the Northeast and Southeast, but expanding to the Central-West and South regions (figure 2). Crude and adjusted rates are summarised in appendix 2 (pp 16–17).

The mean age of patients was 60 (SD 17) years, and the Northeast had the highest proportion of patients aged 80 years or older (18% vs 12–14% in other regions). Black or Brown patients accounted for more than two-thirds of COVID-19 cases in the North, Northeast, and Central-West regions (table 1). Overall, 14979 (16%) of 90829 patients had no comorbidities and 67610 (74%) of 90829 had one to two comorbidities. Severe acute respiratory infection was present in 128958 (61%) of 211032 patients and was more frequent in the North than in other regions (table 1). Hypoxaemia (oxygen saturation $<95\%$) was present in 147596 (70%) of 212016 patients overall and was similar across regions, while respiratory distress was more prevalent in the North and Northeast. Symptoms and comorbidities are described in appendix 2 (pp 18–20).

232036 (91%) of 254288 patients had a hospital outcome when the data were exported, whereas 22252 were still in hospital. The median time from onset of symptoms to hospital admission was 6 (IQR 4–9) days

	Brazil (n=254 288)	North (n=14 712)	Northeast (n=51 993)	Central-West (n=18 701)	Southeast (n=142 963)	South (n=25 919)
Age, years						
Mean (SD)	60 (17)	59 (17)	62 (18)	59 (17)	60 (17)	59 (17)
Median (IQR)	61 (47–73)	61 (46–73)	63 (49–76)	59 (46–71)	61 (47–73)	60 (47–72)
Age group, years						
20–39	34 170 (13%)	2285 (15%)	6672 (13%)	2798 (15%)	18 849 (13%)	3566 (14%)
40–49	37 618 (15%)	2187 (15%)	6566 (12%)	3115 (17%)	21 814 (15%)	3936 (15%)
50–59	47 869 (19%)	2510 (17%)	8742 (17%)	3725 (20%)	27 754 (20%)	5138 (20%)
60–69	52 800 (21%)	3033 (21%)	10 531 (20%)	3770 (20%)	29 817 (21%)	5649 (22%)
70–79	44 968 (18%)	2767 (19%)	10 275 (20%)	3067 (16%)	24 445 (17%)	4414 (17%)
≥ 80	36 863 (14%)	1930 (13%)	9207 (18%)	2226 (12%)	20 284 (14%)	3216 (12%)
Sex (n=254 243)						
Female	110 722 (44%)	5894 (40%)	22 987 (44%)	7971 (43%)	62 605 (44%)	11 265 (43%)
Male	143 521 (56%)	8816 (60%)	28 983 (56%)	10 729 (57%)	80 340 (56%)	14 653 (57%)
Self-reported race* (n=181 499)						
White	89 374 (49%)	1340 (11%)	5515 (17%)	3322 (29%)	59 502 (58%)	19 695 (88%)
Black or Brown	88 773 (49%)	10 039 (86%)	26 579 (81%)	7622 (67%)	42 114 (41%)	2419 (11%)
Asian	2838 (2%)	209 (2%)	611 (2%)	265 (2%)	1606 (2%)	147 (1%)
Indigenous	514 (<1%)	121 (1%)	95 (<1%)	164 (2%)	87 (<1%)	47 (<1%)

(Table 1 continues on next page)

	Brazil (n=254 288)	North (n=14 712)	Northeast (n=51 993)	Central-West (n=18 701)	Southeast (n=142 963)	South (n=25 919)
(Continued from previous page)						
Level of education (n=86 204)						
Illiterate	5399 (6%)	711 (10%)	1682 (14%)	280 (5%)	2250 (4%)	476 (4%)
Up to high school	38 417 (45%)	2964 (42%)	5203 (42%)	2133 (41%)	22 309 (45%)	5808 (50%)
High school	28 365 (33%)	2448 (34%)	3629 (29%)	1757 (34%)	17 040 (34%)	3491 (30%)
College or university	14 023 (16%)	981 (14%)	1835 (15%)	1006 (20%)	8311 (17%)	1890 (16%)
Number of comorbidities† (n=90 829)						
0	14 979 (16%)	788 (17%)	2794 (17%)	1654 (19%)	7803 (16%)	1940 (16%)
1–2	67 610 (74%)	3458 (77%)	12 088 (75%)	6199 (73%)	37 051 (75%)	8814 (73%)
≥3	8240 (10%)	271 (6%)	1221 (8%)	636 (8%)	4796 (9%)	1316 (11%)
Oxygen saturation <95%, (n=212 016)	147 596 (70%)	7 955 (67%)	27 410 (69%)	10 913 (64%)	85 739 (71%)	15 579 (67%)
Dyspnoea (n=226 724)	180 818 (80%)	11 379 (84%)	36 883 (83%)	13 709 (77%)	99 548 (79%)	19 299 (79%)
Respiratory distress (n=209 145)	143 977 (69%)	9802 (78%)	26 737 (70%)	11 286 (66%)	80 530 (68%)	15 622 (67%)
SARI criteria (n=211 032)	128 958 (61%)	9944 (77%)	26 177 (66%)	9362 (55%)	71 019 (60%)	12 456 (54%)
SARI without fever criteria (n=223 006)	171 574 (77%)	11 274 (85%)	33 684 (79%)	12 520 (72%)	96 488 (77%)	17 608 (73%)
Hospital admission in state capital (n=254 288)	138 235 (54%)	9018 (61%)	36 339 (70%)	13 195 (71%)	71 411 (50%)	8272 (32%)
Data are n (%) and represent the available data for each variable. SARI=severe acute respiratory infection. *Race was recorded as self-reported race or skin colour, classified as Branco (White), Preto (Black), Pardo (Brown), Amarelo (Asian), or Indígena (Indigenous). †The number of chronic comorbidities is the sum of the following comorbidities: cardiovascular, renal, neurological, haematological, or hepatic comorbidities, diabetes, chronic respiratory disorder, obesity, or immunosuppression.						

Table 1: Patient characteristics stratified by region

	Brazil (n=232 036)	North (n=13 496)	Northeast (n=45 238)	Central-West (n=17 012)	Southeast (n=131 556)	South (n=24 734)
ICU admission and mortality						
ICU admission (n=205 493)	79 687 (39%)	3786 (32%)	14 867 (43%)	6682 (42%)	45 224 (38%)	9128 (38%)
ICU mortality*	23 780/43 582 (55%)	2037/2569 (79%)	4834/7357 (66%)	1753/3447 (51%)	11 058/22 472 (49%)	4098/7737 (53%)
Respiratory support (n=196 248)						
None	54 314 (28%)	3047 (28%)	8177 (25%)	4076 (27%)	32 756 (29%)	6258 (27%)
Yes, non-invasive	96 729 (49%)	4743 (43%)	14 485 (44%)	7561 (49%)	58 444 (51%)	11 496 (50%)
Yes, invasive	45 205 (23%)	3155 (29%)	10 322 (31%)	3667 (24%)	22 648 (20%)	5413 (23%)
Place of non-invasive respiratory support† (n=91 816)						
In ICU	27 236 (30%)	695 (15%)	3899 (29%)	2359 (32%)	16 930 (31%)	3353 (30%)
Outside ICU	64 580 (70%)	3889 (85%)	9675 (71%)	4904 (68%)	38 138 (69%)	7974 (70%)
Place of invasive respiratory support† (n=44 055)						
In ICU	38 079 (86%)	2577 (83%)	8415 (84%)	2970 (83%)	19 160 (87%)	4957 (92%)
Outside ICU	5976 (14%)	516 (17%)	1545 (16%)	629 (17%)	2855 (13%)	431 (8%)
Hospital mortality						
In-hospital mortality	87 515 (38%)	6727 (50%)	21 858 (48%)	5964 (35%)	45 269 (34%)	7697 (31%)
Median duration of stay, days (IQR)						
ICU (n=43 680)	7 (3–15)	6 (3–12)	7 (3–13)	7 (3–13)	7 (3–14)	9 (4–17)
Hospital (n=218 281)	8 (4–14)	7 (4–14)	8 (4–16)	8 (4–14)	8 (4–14)	8 (4–15)
Data are n (%) and represent the available data for each variable. ICU=intensive care unit. *ICU mortality was derived for patients with date of ICU discharge equal to the date of hospital death, so it was available for patients without missing values on both dates (n=43 582). †The sum of non-invasive and invasive respiratory support when stratified by place (in ICU and outside ICU) does not match the total respiratory support type because of missing values on the variable ICU admission.						

Table 2: Intensive care admission, need for respiratory support, ICU mortality, and in-hospital mortality among patients with a defined hospital outcome

in Brazil. 79 687 (39%) of 205 493 patients were admitted to the ICU, with a median time from onset of symptoms to ICU admission of 7 (IQR 4–10) days (table 2; appendix 2 p 21). 45 205 (23%) of 196 248 patients

required invasive mechanical ventilation, and 5976 (14%) of 44 055 patients received invasive mechanical ventilation outside the ICU (table 2). In the Northeast, 1545 (16%) of 9960 patients received invasive mechanical

ventilation outside the ICU, compared with 431 (8%) of 5388 in the South.

The overall in-hospital mortality was 38% (87515 of 232036 patients), increasing steeply with age (3780 [12%] of 30603 patients aged 20–39 years; 6162 [18%] of 33968 patients aged 40–49 years; 11818 [27%] of 43376 patients aged 50–59 years; 20317 [42%] of 48270 patients aged 60–69 years; 22651 [55%] of 41434 patients aged 70–79 years; and 22787 [66%] of 34385 patients aged ≥80 years); in-hospital mortality was slightly higher for male patients than for female patients (figure 3; appendix 2 pp 22–23). The overall in-hospital mortality for patients without comorbidities was 32% (4494 of 13836 patients; figure 3; appendix 2 p 24). The overall proportion of in-hospital deaths was higher among patients who were illiterate (3146 [63%] of 4993), Black or Brown (34345 [43%] of 80392), or Indigenous (202 [42%] of 477; figure 3; appendix 2 p 24). Overall, in-hospital mortality was higher in patients admitted to the ICU (47002 [59%] of 79687) than in those admitted to the ward (29361 [29%] of 125806). It was also higher in patients who received invasive mechanical ventilation (36046 [80%] of 45205) than in those who did not (36942 [24%] of 151043). In-hospital mortality for patients aged 20–39 years who required mechanical ventilation was 57% (1858 of 3278 patients) and for those aged 60 years and older it was 87% (25879 of 29853; figure 3; appendix 2 p 25). In-hospital mortality was higher among patients who presented with hypoxaemia (60583 [45%] of 135620 patients), respiratory distress (56730 [43%] of 132188), or dyspnoea (68083 [41%] of 165977; appendix 2 p 26) than in patients without these clinical features. ICU mortality (23780 [55%] of 43582 patients) followed the same pattern as in-hospital mortality across regions, with the highest rates observed in the North and Northeast (table 2).

The general characteristics of each macroregion are shown in table 3. There were notable disparities in the number of hospital and ICU beds between macroregions and between state capitals and towns. The rate of hospital admissions for COVID-19 was 153 per 100 000 inhabitants in Brazil, when considering patients with a defined hospital outcome (appendix 2 p 27). Over time, hospital admission rates differed between regions. The crude in-hospital mortality was higher during weeks with high rates of hospital admissions, particularly in the North, Central-West, and South (figure 4). Over the entire period, there were noticeable regional differences in hospital admission rates, particularly when stratified by age (figure 5). The North had the highest incidence of COVID-19 hospital admissions among patients aged 70 years and older, followed by the Southeast, Central-West, Northeast, and South regions. The North also had the highest incidence of patients aged 70 years and older requiring invasive mechanical ventilation, followed by the Central-West, Southeast, Northeast, and South regions (figure 5; appendix 2 pp 27–28). When

considering ICU admissions per ICU bed, the North had the highest rate of admissions (2246 per 1000 ICU beds), followed by the Southeast (2217 per 1000 ICU beds), Northeast (2073 per 1000 ICU beds), Central-West (2001 per 1000 ICU beds), and South (1793 per 1000 ICU beds; appendix 2 p 29). Overall, 54% of patients were admitted to hospital in the state capitals, but this proportion was lower for the South (32%) and higher for the North (61%), Northeast (70%), and Central-West (71%) regions (table 1).

In-hospital mortality was higher overall in the North and Northeast (table 2) and when stratified by age (figure 5; appendix 2 p 28). Among patients aged 20–39 years, in-hospital mortality was 20% (393 of 1976) in the North, 19% (1083 of 5587) in the Northeast, 10% (1736 of 17170) in the Southeast, and 8% (284 of 3372) in the South. In-hospital mortality among patients younger than 60 years was 31% (4204 of 13468) in the Northeast versus 15% (1694 of 11196) in the South.

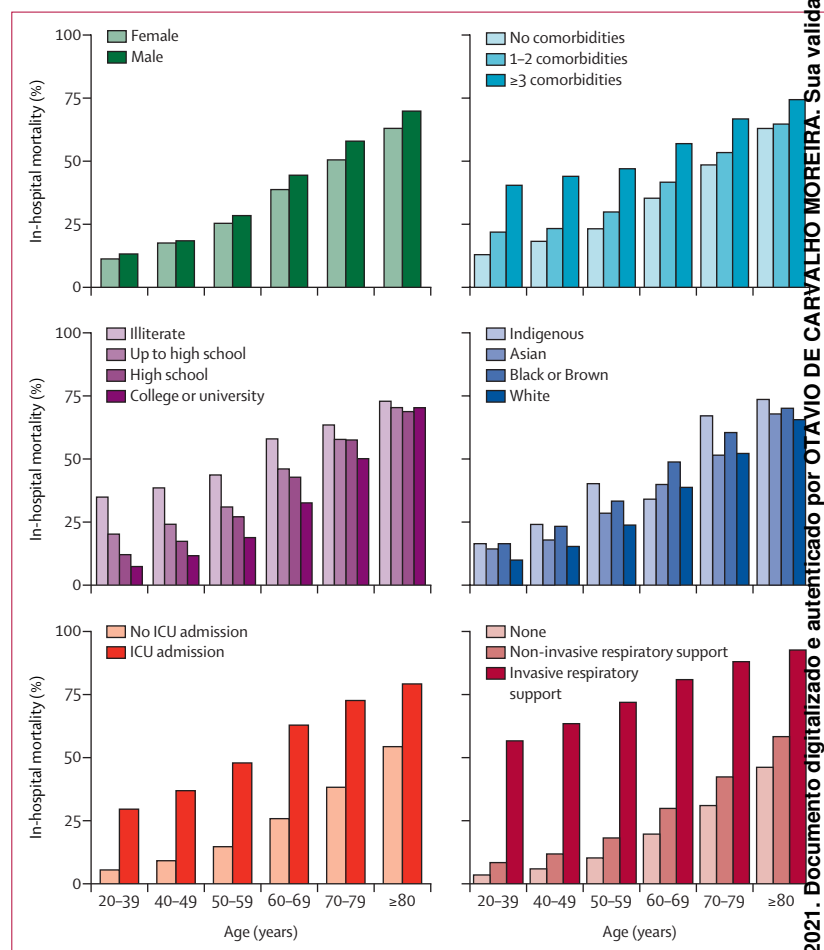


Figure 3: In-hospital mortality stratified by age, sex, comorbidities, level of education, self-reported race, ICU admission, and invasive mechanical ventilation for patients with COVID-19 admitted to hospital in Brazil. Data are from patients with a defined hospital outcome; proportions of patients were calculated on the basis of complete case data for sex, comorbidities, level of education, self-reported race, ICU admission, and invasive ventilation variables. Data on race were collected as self-reported race or skin colour, classified as Branco (White), Preto (Black), Pardo (Brown), Amarelo (Asian), or Indígena (Indigenous). ICU=intensive care unit.

	Brazil	North	Northeast	Central-West	Southeast	South
Population*						
Projected population	211 755 692	18 672 591	57 374 243	16 504 303	89 012 240	30 192 315
Projected adult population	151 778 729	12 049 813	39 882 347	11 678 574	65 803 414	22 364 581
Area, km ²	8 510 296	3 850 510	1 552 167	1 606 317	924 565	576 737
Population per km ²	24.9	4.8	37.0	10.3	96.3	52.4
Age and sex distribution						
Mean age, years (SD)	34.5 (21)	29.8 (20)	33.1 (21)	33.3 (21)	36.0 (22)	36.2 (22)
Mean age of adult population, years (SD) [†]	44.3 (17)	40.9 (15)	43.3 (17)	43.2 (16)	45.3 (17)	45.6 (17)
Age groups, years						
<20	59 976 963 (28.3%)	6 622 778 (35.5%)	17 491 896 (30.5%)	4 825 729 (29.2%)	23 208 826 (26.1%)	7 827 734 (25.9%)
20–39	68 451 093 (32.3%)	6 448 447 (34.5%)	19 048 242 (33.2%)	5 484 644 (33.2%)	28 059 711 (31.5%)	9 410 049 (31.2%)
40–49	29 255 478 (13.8%)	2 357 103 (12.6%)	7 654 000 (13.3%)	2 386 731 (14.5%)	12 717 264 (14.3%)	4 140 380 (13.7%)
50–59	23 875 081 (11.3%)	1 600 270 (8.6%)	5 930 317 (10.3%)	1 825 822 (11.1%)	10 724 660 (12.0%)	3 794 012 (12.6%)
60–69	16 732 972 (7.9%)	974 828 (5.2%)	3 893 805 (6.8%)	1 155 857 (7.0%)	7 919 342 (9.0%)	2 789 140 (9.2%)
70–79	9 023 052 (4.3%)	470 277 (2.5%)	2 245 607 (4.0%)	575 162 (3.5%)	4 225 114 (4.7%)	1 506 892 (5.0%)
≥80	4 441 053 (2.1%)	198 888 (1.1%)	1 110 376 (1.9%)	250 358 (1.5%)	2 157 323 (2.4%)	724 108 (2.4%)
Sex						
Female (%)	51%	50%	52%	51%	51%	51%
Administrative divisions						
Number of states	27	7	9	4	4	3
Municipalities	5570	450	1794	467	1668	1191
Hospital bed supply						
Adult beds in February (per 100 000 population)						
Hospital beds	235	197	220	254	239	259
ICU beds	25	14	18	29	31	23
Proportion of adult beds in state capitals (%)						
Hospital beds	37%	47%	41%	52%	36%	20%
ICU beds	51%	72%	62%	73%	47%	29%

ICU=intensive care unit. *Projection for 2020. Source: Brazilian Institute of Geography and Statistics (data sources summarised in appendix 2, p 5). [†]Patients aged ≥20 years.

Table 3: Demographic, administrative, and health-system regional characteristics of Brazil

Regional differences in mortality were greater for patients younger than 60 years who were admitted to the ICU or mechanically ventilated (figure 5; appendix 2 p 28). For instance, in-hospital mortality for mechanically ventilated patients younger than 60 years was 77% (2559 of 3317) in the Northeast compared with 55% (1054 of 1929) in the South.

The pattern of hospital resource use differed between regions (appendix 2 pp 30–31). Overall, there was an age-related increase in the proportion of patients admitted to the ICU and requiring invasive mechanical ventilation. However, in the North and Northeast there was a plateau in the proportion of patients aged 60 years and older admitted to the ICU and requiring invasive mechanical ventilation. Additionally, the proportion of patients who were admitted to the ICU and mechanically ventilated was similar across age groups in the North, but the proportion of patients admitted to the ICU was higher than those receiving invasive mechanical ventilation in the other regions (appendix 2 pp 30–31).

When considering patients admitted to hospital with COVID-19 defined by clinical and laboratory diagnosis,

there were 314615 patients in total, and the majority of the additional patients (n=60 327) were from the North (n=12790; a relative increase of 87%) and Northeast (n=19499; a relative increase of 37%). Overall, the characteristics of these patients were similar to those of patients with COVID-19 confirmed by RT-qPCR (appendix 2 p 32). When analysing patients with a defined hospital outcome (284747), in-hospital mortality in patients with COVID-19 confirmed by clinical, RT-qPCR, and serological and antigens tests was similar to that in patients with COVID-19 confirmed by RT-qPCR (38% [108 566 of 284747] vs 38% [87 515 of 232 036]; appendix 2 p 33), although it was lower in the North (11099 [44%] of 25 061 vs 6727 [50%] of 13 496). Overall, when stratified by age, number of comorbidities, level of education, self-reported race, ICU admission, invasive mechanical ventilation, and region, the pattern of in-hospital mortality in patients with COVID-19 confirmed by clinical, RT-qPCR, and serological and antigen tests was similar to that in patients with RT-qPCR-confirmed COVID-19 (appendix 2 pp 34–43). The health-system burden in the North compared with other regions was

more pronounced in the sensitivity analysis than in the main analysis (appendix 2 p 38).

Overall, the analysis of multiple imputed data showed similar results to the complete case data and we observed only two differences. The proportion of patients with three or more comorbidities increased from 9% in the complete case to 26% in the multiple imputed data (appendix 2 p 15). This change reflected the observed in-hospital mortality when stratified by number of comorbidities, particularly for young patients (eg, 40% in the complete case vs 19% in the multiple imputed data for patients with three or more comorbidities; appendix 2 pp 44–45). The other difference was in mechanically ventilated patients aged 20–39 years in the Northeast; in-hospital mortality in this age group for the complete case data was 70%, but the figure decreased to 65% in the imputed analysis (appendix 2 p 46).

Discussion

In this study, we retrospectively analysed data from patients admitted to hospital with COVID-19 during the first 5 months of the pandemic in Brazil, using a nationwide database covering each macroregion. We analysed more than 250 000 patients with COVID-19, with a mean age of 60 years. Of these, 16% had no comorbidities and 72% received some respiratory support (invasive or non-invasive). We observed high in-hospital mortality, even among young patients, and substantial regional differences in terms of resources available and observed outcomes.

The overall in-hospital mortality was 38%, which is similar to that of other national cohorts (appendix 2 p 47). However, if we consider that the analysed population was, on average, 10 years younger (47% of patients aged <60 years) than that analysed in large European series,^{10–12} the in-hospital mortality in Brazil is noticeably higher. At the beginning of the pandemic, it was initially thought that LMICs might be less affected as they have younger populations than high-income countries.¹³ However, we observed high mortality even in young patients across all regions in Brazil (20% in patients <60 years; appendix 2 p 22). In a nationwide study of 23 367 patients with COVID-19 who were admitted to hospital and had a defined hospital outcome in Iran, the cumulative risk of death in 30 days was 24% overall and 42% for those aged 65 years or older.¹⁴ In a nationwide study in Germany,¹² 17% of patients (1727 of 10 021) received non-invasive or invasive mechanical ventilation, and in-hospital mortality was 22% (2229 of 10 021) overall and 5% (135 of 2896) for

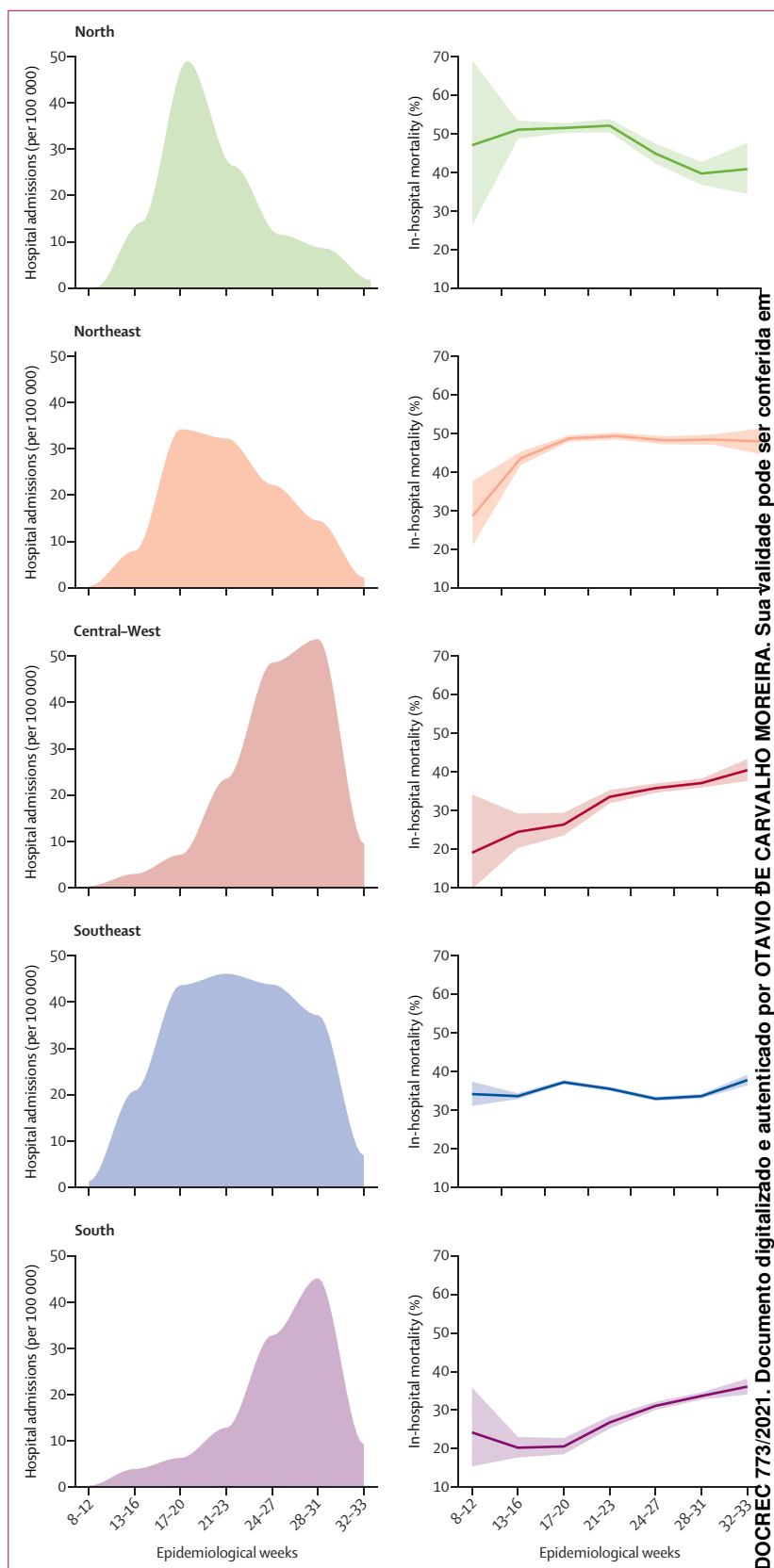


Figure 4: Temporal increase in COVID-19 hospital admission rates per 100 000 adult population and crude in-hospital mortality in the five macroregions of Brazil

The x-axis denotes the epidemiological week when symptom onset occurred. Shaded areas on the right panel correspond to the upper and lower 95% CIs for in-hospital mortality, estimated by the Agresti-Coull method.

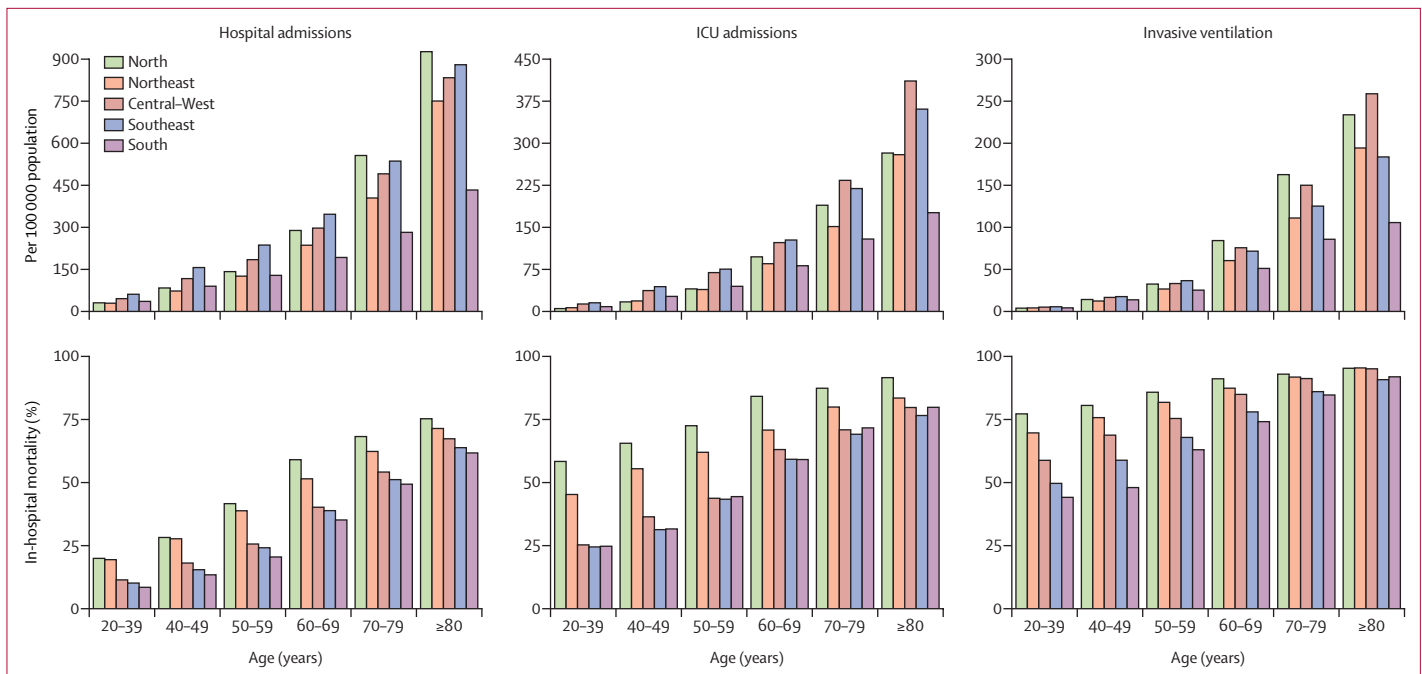


Figure 5: Health-system burden and in-hospital mortality stratified by age in patients with COVID-19 admitted to hospital in the five macroregions of Brazil

Burden is defined as the rate of hospital admissions per 100 000 population of each region (top row), and in-hospital mortality as the proportion of patients who died in hospital (bottom row). Data are from patients with a defined hospital outcome and proportions were calculated on the basis of complete case data for ICU admissions and patients receiving invasive mechanical ventilation. ICU=intensive care unit.

patients younger than 60 years. In a study in Mexico, in-hospital mortality was 74% (8861 of 12 018) among mechanically ventilated patients.¹⁵ Comparisons with other cohorts are challenging because of the scarcity of nationwide data and the lack of international standard criteria for assessing disease severity, the need for hospital admission, and case definitions. Although different criteria for hospital admissions and other patient characteristics (eg, comorbidities) could explain some of the observed differences in hospital admissions, respiratory support, and mortality between countries, the mismatch between demand and supply leading to a collapse of the health-care system could partly explain the high in-hospital mortality in Brazil.^{16–18}

Several factors might have contributed to the differences observed in mortality and resource use among the regions of Brazil during the pandemic. These include the existing regional heterogeneity of the health system, followed by the temporal spread of the epidemic, and disparities in adherence to best practices for clinical management of severely ill patients. Despite the high absolute number of hospitals and ICU beds in the country compared with some western European countries,^{19,20} the heterogeneous regional distribution of these resources is a considerable barrier to equitable access to health care. The North and Northeast regions have the lowest number of hospital beds per person in Brazil. The difference is even more pronounced when analysing ICU beds: the Southeast had approximately two times more ICU beds per person than

the North at the beginning of the pandemic in Brazil. Additionally, ICU beds are concentrated in state capitals and coastal regions,^{21,22} generating an additional barrier to access to health services, especially after COVID-19 spread to inland areas. The regional differences were also reflected in the proportion of patients admitted to hospital in state capitals, which was noticeably lower in the South and Southeast regions, possibly reflecting better availability of health services to meet the demand across these regions.

The rapid rise in COVID-19 cases affected the Southeast, North, and Northeast regions early (figure 4; appendix 2 p 16), and the last two of these regions have the most fragile health systems in Brazil. A cross-sectional study of the prevalence of SARS-CoV-2 antibodies in Brazil²³ identified a rapid initial escalation of SARS-CoV-2 seroprevalence in the North and Northeast regions of the country; seroprevalence was higher among those of Indigenous ancestry and those with low socioeconomic status compared with other groups. Although the North and Northeast are characterised by younger populations (aged <60 years), in-hospital mortality was even higher in these regions than in other regions, with an increased number of patients requiring ICU admission and invasive ventilation. For mechanically ventilated patients younger than 60 years, mortality was 77% (2559 of 3317) in the Northeast compared with 55% (1054 of 1929) in the South. The high proportion of mechanically ventilated patients in the ICU, the number of patients ventilated outside the

ICU, and the potential limitations of advanced respiratory support and ICU admission for patients aged 60 years and older reflect the strain on the health system observed in these regions.

Other studies that evaluated severely ill patients admitted to ICUs in Brazil before the COVID-19 pandemic have also shown high in-hospital mortality. In a large national survey that analysed patients who received invasive or non-invasive mechanical ventilation for at least 24 h, the in-hospital mortality was 42%. In-hospital mortality was 52% for patients with acute respiratory distress syndrome,²² which is present in a considerable proportion of patients admitted to hospital with COVID-19.²⁴ A nationwide study of patients admitted to ICUs in Brazil with sepsis (the lung being the main source of infection in 61%) found that in-hospital mortality was 56% and that there was an association between low availability of hospital resources and in-hospital mortality.²¹ In a study of patients with severe community-acquired pneumonia admitted to ICUs of public hospitals in Brazil, in-hospital mortality was 66.7%.²⁵ These data indicate high mortality rates in critically ill patients in Brazil before the onset of the COVID-19 pandemic, especially among patients who were ventilated. The increased burden on the health system in low-resource regions during the pandemic is likely to have exacerbated this situation.

Outcomes of critically ill patients—such as those admitted to hospital with COVID-19—are determined by factors other than resources and devices. Organisational factors and implementation of the best practices available result not only in better outcomes, such as mortality, but also in improved ICU efficiency. Previous analyses of ICUs in Brazil have shown that there is considerable room for improvement in adherence to best practices, such as target sedation levels, low-tidal-volume ventilation,^{26,27} and active surveillance of nosocomial infections.^{28,29} These practices are all associated with better patient outcomes. The findings of this study highlight the heterogeneity of care delivered to severely ill patients in a middle-income country. The high-quality care provided in some hospitals contrasts sharply with that provided in most facilities, which is frequently of lower quality.

In LMICs, health systems are commonly stretched in terms of resources and staff, and early containment of a pandemic has tremendous advantages, leading to lower numbers of cases and hospital admissions, which, in turn, allows time for expansion of bed numbers, staff training, and resources.³⁰ However, in response to the COVID-19 pandemic, much attention was dedicated to available resources such as ICU beds and ventilators, and little to training of health professionals in the best evidence to support clinical practice or the early identification of severe cases or clinical management of ventilated patients. The presence of universal health coverage is a fundamental strategy to ensure that everyone has access to testing or treatment without financial hardship. However, a coordinated national

response, increasing the health system's resilience to prevent its collapse in the face of a surge of patients, and clear communication of best practices are essential to reduce preventable deaths in LMICs.

This study had limitations. First, although the notification of COVID-19 hospital admissions is compulsory in Brazil, we cannot guarantee 100% coverage of all patients with COVID-19 who were admitted to hospital. However, the total population of the municipalities with at least one patient admitted to hospital that were included in this analysis comprises more than 96% of the population of Brazil. We would expect that more severe cases were notified during the initial phase of the pandemic, leading to overestimates of in-hospital mortality. Nonetheless, SIVEP-Gripe is the official national database and is used to count all hospital admissions and deaths related to COVID-19; therefore, we did not expect any significant reporting bias. Second, there are regional differences in access to resources such as RT-qPCR tests. Particularly in the North and Northeast, a greater number of patients with COVID-19 were diagnosed by serological or antigen tests and clinical-epidemiological criteria. In our sensitivity analysis, we observed a higher number of patients in hospital with COVID-19 in these regions and lower in-hospital mortality in the North. Third, changes and improvements in clinical practice probably occurred in relation to COVID-19 over time, but assessment of temporal changes affecting in-hospital mortality was beyond the scope of this study. Fourth, this study was a descriptive analysis stratified by age and region and did not aim to answer causal questions about several potential confounding factors and the dynamics of the pandemic. Therefore, we did not adjust for some patient characteristics (eg, malnutrition), treatment (eg, antiviral drugs), health-system characteristics (eg, public vs private sector hospitals, expansion of ICU beds, and so on), or regional characteristics (eg, inequities and economic development). Finally, 9% of patients were still in hospital at the time the data were exported for analysis, but we have no indication that the outcome of these patients would change the main findings of the current analysis.

In conclusion, in this analysis of a large nationwide database of confirmed COVID-19 hospital admissions in the first 5 months of the pandemic, we describe the dynamics of the rise in COVID-19 cases across five macroregions in Brazil, and the clinical and demographic characteristics of patients admitted to hospital, and we provide evidence of the impact of regional inequities on outcomes, and the collapse of the more fragile regional health systems during the pandemic. In-hospital mortality was high, even in younger age groups, particularly among patients who were mechanically ventilated.

Contributors

OTR, LSLB, SH, FB, and FAB participated in the design and concept of the study. OTR, LSLB, and JGMG analysed the data. OTR, LSLB, JGMG,

JFM, and FAB wrote the first version of the manuscript. OTR, FB, SH, and FAB supervised the study. All authors had full access to all data in the study, participated in data interpretation, revised the manuscript, and approved the final version of the manuscript for publication. OTR and LSLB verified the underlying data.

Declaration of interests

We declare no competing interests.

Data sharing

All de-identified data, including individual participant data, are publicly available. The data sources are described in the manuscript and in appendix 2 (p 5). The raw data, dictionary, and code used for the analysis are available in a GitHub repository.

Acknowledgments

This study was supported by the National Council for Scientific and Technological Development, the Coordinating Agency for Advanced Training of Graduate Personnel (CAPES; finance code 001), and Carlos Chagas Filho Foundation for Research Support of the State of Rio de Janeiro (FAPERJ), the Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro. OTR is funded by a Sara Borrell grant from the Instituto de Salud Carlos III (CD19/00110). OTR acknowledges support from the Spanish Ministry of Science and Innovation through the Centro de Excelencia Severo Ochoa 2019-2023 Program and from the Generalitat de Catalunya through the CERCA Program. We are grateful to all health-care workers for their impressive efforts to tackle the COVID-19 pandemic in Brazil. We thank the Center for Healthcare Operations and Intelligence (NOIS) research group for their discussions and collaborative production of scientific analyses of the COVID-19 pandemic in Brazil. All authors carried out the research independently of the funding bodies. The findings and conclusions of this Article reflect the opinions of the authors and not those of the funding bodies or other affiliations of the authors.

References

- 1 Amaral PV, Rocha TAH, Barbosa ACQ, Lein A, Vissoci JRN. Spatially balanced provision of health equipment: a cross-sectional study oriented to the identification of challenges to access promotion. *Int J Equity Health* 2017; **16**: 209.
- 2 Marinho F, de Azeredo Passos VM, Carvalho Malta D, et al. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; **392**: 760–75.
- 3 Szwarcwald CL, Souza Júnior PR, Marques AP, Almeida WD, Montilla DE. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; **15**: 141.
- 4 Candido DS, Claro IM, de Jesus JG, et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science* 2020; **369**: 1255–60.
- 5 Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health* 2018; **3**: e000829.
- 6 Ali MS, Ichihara MY, Lopes LC, et al. Administrative data linkage in Brazil: potentials for health technology assessment. *Front Pharmacol* 2019; **10**: 984.
- 7 DATASUS, Ministry of Health. SRAG 2020—severe acute respiratory syndrome database—including data from COVID-19. Surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS). July 22, 2020. <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/bd-srag-2020> (accessed Aug 10, 2020).
- 8 Bastos LS, Niquini RP, Lana RM, et al. COVID-19 and hospitalizations for SARI in Brazil: a comparison up to the 12th epidemiological week of 2020. *Cad Saude Publica* 2020; **36**: e00070120.
- 9 Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, et al. Health regions in Brazil based on hospital admissions: a method to support health regionalization. *Cad Saude Publica* 2019; **35** (suppl 2): e00076118 (in Portuguese).
- 10 Docherty AB, Harrison EM, Green CA, et al. Features of 20133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ* 2020; **369**: m1985.
- 11 Grasselli G, Greco M, Zanella A, et al. Risk factors associated with mortality among patients with COVID-19 in intensive care units in Lombardy, Italy. *JAMA Intern Med* 2020; **180**: 1345–55.
- 12 Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C, et al. Case characteristics, resource use, and outcomes of 10021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. *Lancet Respir Med* 2020; **8**: 853–62.
- 13 MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Imperial College London. Future scenarios of the healthcare burden of COVID-19 in low- or middle-income countries. COVID-19 LMIC Reports. 2020. <https://mrc-ide.github.io/global-lmic-reports/> (accessed Dec 1, 2020).
- 14 Jalili M, Payandemehr P, Saghaei A, Sari HN, Safikhani H, Kolivand P. Characteristics and mortality of hospitalized patients with COVID-19 in Iran: a national retrospective cohort study. *Ann Intern Med* 2020; published online July 20. <https://doi.org/10.7326/M20-2911>.
- 15 Namendys-Silva SA, Gutiérrez-Villaseñor A, Romero-González JP. Hospital mortality in mechanically ventilated COVID-19 patients in Mexico. *Intensive Care Med* 2020; **46**: 2086–88.
- 16 Orellana JDY, Cunha GMD, Marrero L, Horta BL, Leite IDC. Explosion in mortality in the Amazonian epicenter of the COVID-19 epidemic 19. *Cad Saude Publica* 2020; **36**: e00120020.
- 17 Lemos DRQ, D'Angelo SM, Farias LABG, et al. Health system collapse 45 days after the detection of COVID-19 in Ceará, Northeast Brazil: a preliminary analysis. *Rev Soc Bras Med Trop* 2020; **53**: e20200354.
- 18 Freitas ARR, Medeiros NM, Frutuoso LCV, et al. Tracking excess deaths associated with the COVID-19 epidemic as an epidemiological surveillance strategy-preliminary results of the evaluation of six Brazilian capitals. *Rev Soc Bras Med Trop* 2020; **53**: e20200558.
- 19 Austin S, Murthy S, Wunsch H, et al. Access to urban acute care services in high- vs. middle-income countries: an analysis of seven cities. *Intensive Care Med* 2014; **40**: 342–52.
- 20 Salluh JIF, Lisboa T. Critical care in Brazil. 2016. <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/critical-care-in-brazil-1> (accessed Dec 1, 2020).
- 21 Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, et al. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): an observational study. *Lancet Infect Dis* 2017; **17**: 1180–89.
- 22 Azevedo LC, Park M, Salluh JI, et al. Clinical outcomes of patients requiring ventilatory support in Brazilian intensive care units: a multicenter, prospective, cohort study. *Crit Care* 2013; **17**: R63.
- 23 Hallal PC, Hartwig FP, Horta BL, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *Lancet Glob Health* 2020; **8**: e1390–98.
- 24 Tzotzos SJ, Fischer B, Fischer H, Zeitlinger M. Incidence of ARDS and outcomes in hospitalized patients with COVID-19: a global literature survey. *Crit Care* 2020; **24**: 516.
- 25 Espinoza R, Silva JRLE, Bergmann A, et al. Factors associated with mortality in severe community-acquired pneumonia: a multicenter cohort study. *J Crit Care* 2019; **50**: 82–86.
- 26 Nassar AP Jr, Zampieri FG, Salluh JI, et al. Organizational factors associated with target sedation on the first 48 h of mechanical ventilation: an analysis of checklist-ICU database. *Crit Care* 2019; **23**: 34.
- 27 Midega TD, Bozza FA, Machado FR, et al. Organizational factors associated with adherence to low tidal volume ventilation: a secondary analysis of the CHECKLIST-ICU database. *Ann Intensive Care* 2020; **10**: 68.
- 28 Soares M, Bozza FA, Angus DC, et al. Organizational characteristics, outcomes, and resource use in 78 Brazilian intensive care units: the ORCHESTRA study. *Intensive Care Med* 2015; **41**: 2149–60.
- 29 Bastos LSL, Hamacher S, Zampieri FG, Cavalcanti AB, Salluh JIF, Bozza FA. Structure and process associated with the efficiency of intensive care units in low-resource settings: an analysis of the CHECKLIST-ICU trial database. *J Crit Care* 2020; **59**: 118–23.
- 30 Sonenthal PD, Masiye J, Kasomekera N, et al. COVID-19 preparedness in Malawi: a national facility-based critical care assessment. *Lancet Glob Health* 2020; **8**: e890–92.

For the GitHub repository see
https://github.com/oranzani/Ranzani_Bastos_et_al_LRM_COVID19Brazil

Materia DOCCREC 773/2021. Documento digitalizado e autenticado por OTAVIO DE CARVALHO MOREIRA. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbriuDocumento?ID=316388>.