



ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL
APOINME – ARPIN SUDESTE – ARPINSUL – COMISSÃO GUARANI YVYRUPA - CONSELHO
DO POVO TERENA - ATY GUASU - COIAB

Assessoria Jurídica

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR MINISTRO LUÍS ROBERTO BARROSO DO
EGRÉGIO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL**

ADPF n. 709

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB), organização indígena já qualificada nos autos supra, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, em atendimento à decisão de f. __, ofertar manifestação a respeito do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, apresentado pela União, nos termos seguintes.

Inicialmente cabe reforçar os argumentos empossados pelos consultores *ad hoc* quando apontam com clareza que a “*opção por uma descrição genérica de ações e de resultados esperados tal como se lê no Plano da União, tanto dificulta a orientação para a atuação dos distritos sanitários quanto compromete a qualidade e efetividade das ações planejadas e inviabiliza a possibilidade de monitoramento das ações programadas*”. A APIB, na qualidade de organização indígena que acompanha a situação dos povos indígenas, e tendo participado de todas as discussões, vê com preocupação o plano apresentado pela União.

É oportuno informar, Vossa Excelência, que a metodologia adotada na construção do citado plano foi extremamente deficitária, pois, além de concentrar numa sala virtual em média mais de 70 pessoas, e que muitas delas nem sequer tinham ciência do que se tratava a reunião, inclusive agentes públicos do próprio quadro da Sesai, as reuniões não oportunizaram o diálogo necessário entre os consultores *ad hoc* e os técnicos da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Frisa-se: não se trata de dissensos e consensos, mas sim do estabelecimento de diálogos e debates necessários entre os técnicos para se buscar o aperfeiçoamento do plano em comento, o que, de fato, restou prejudicado. E mesmo quando os agentes públicos tiveram a

palavra, os mesmos se limitaram a informar o que já estava sendo feito, como se fosse uma reunião de prestação de contas.

E ainda, a União informou a instalação de 229 barreiras sanitárias. Esta é uma informação inconsistente. A APIB fez o levantamento junto às organizações regionais e comunidades indígenas: quase a totalidade das barreiras foi instalada e está sendo mantida pelas próprias comunidades indígenas, sem qualquer apoio do Estado. Veja-se o caso da aldeia Buriti, do povo Terena, em Mato Grosso do Sul, onde a União informa que mantém a barreira com cerca de 300 homens, 24 horas por dia. Isso é uma inverdade, pois esta barreira é da própria comunidade. Outro exemplo é na Terra Roxa, no Paraná, onde nas aldeias *Araguajy*, *Yvyрати Porã* e *Yvy Porã* o governo informa que possui “placa de advertência”. Desde quando placa de advertência é apta a impedir o ingresso do vírus na comunidade indígena? No item referente às barreiras de contenção, a APIB apresentará comentários específicos.

1 – PRESSUPOSTO FUNDAMENTAL: TRANSPARÊNCIA DOS DADOS DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Durante várias oportunidades no âmbito do grupo de trabalho, os consultores apontaram para a necessidade de o governo federal dar **transparência aos dados** do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas. Consideramos este um pressuposto fundamental para planejar e monitorar o avanço do vírus nas comunidades indígenas. O governo afirmou que a disponibilização pode “*comprometer o direito ao sigilo e à privacidade e por acarretar risco de estigmatização dos indivíduos*”. Os consultores contestaram, pois “*diversas bases e sistemas de informação em saúde de órgãos oficiais do país disponibilizam dados individuais seguindo critérios de “anonimização”, qual seja, a “utilização de meios técnicos razoáveis... por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo” (Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018)*”.

É preciso que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) adote os procedimentos técnicos de rotina na produção de estatísticas públicas, disponibilizando os dados individuais, desde que devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (expressa em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEI.

Além disso, faz-se necessário a disponibilização de dados oriundos da “Ficha de Notificação de Síndrome Gripal” que contêm dados para todos os indivíduos notificados e/ou que foram a óbito pela COVID-19. Os dados a serem fornecidos devem ser: data de notificação, sintomas, data de início dos sintomas, condições pré-existentes (comorbidades), estado do teste,

data da coleta do teste, tipo do teste, resultado do teste, classificação final do caso, evolução do caso e data de encerramento do caso.

De igual modo, os consultores apontaram que devem ser “disponibilizados mensalmente dados por aldeia, com a identificação do polo-base e etnia, com o tamanho total da população, frequência absoluta de indivíduos por idade (em anos, sem o uso de faixas etárias) e sexo”.

Essas informações são imprescindíveis para o monitoramento da tendência da epidemia. Conforme apontado pelos consultores, é imperativo que se reconheça que “qualquer planejamento em saúde deve conter as informações relativas à sua capacidade instalada, recursos disponíveis e necessidades para implementação das ações. De modo, que, particularmente se a União já fez essas análises, é fundamental apresentar essas informações ao GT e controle social indígena para que se possa efetivamente contribuir com o planejamento, estipular as metas e indicadores para as ações. Ademais a ausência de tais dados prejudica a possibilidade de monitoramento do Plano da União e da execução das ações”.

2 – COMENTÁRIOS SOBRE O PLANO

Os consultores *ad hoc* trazem considerações importantes que merecem ser apreciadas por Vossa Excelência com muita atenção, pois apontam de forma objetiva que o “*Plano da União carece de revisão técnica, e que faz uso superficial e inadequado de estudos, de informações e terminologia*”. Além disso, arrolam pontos que evidenciam como a União se apropriou de “*novas informações como os subsídios ofertados pelo GC pouco dialoga na delimitação dos objetivos e ações que deveriam constar em um Plano da União efetivamente robusto*”.

Nota-se os destaques iniciais dos Consultores quando afirmam que o Plano da União é bastante vago e impreciso, apresentando os seguintes problemas estruturais:

- ⇒ Os objetivos, ações e metas se confundem e muitas vezes são idênticos;
- ⇒ O plano desenvolve e foca em conteúdos relativos a listagens de ações tidas como realizadas, configurando-se numa espécie de prestação de contas das ações e planejamentos desenvolvidos pela União até a presente data e com encerramento previsto para os próximos meses;
- ⇒ a ausência de caracterização e delineamento dos problemas nos eixos fez com que os objetivos careçam de foco;

- ⇒ ausência de parâmetros adequados de quantificação e distribuição temporal das metas, havendo também metas que não deveriam ser quantificadas sendo apresentadas como tal;
- ⇒ Os cronogramas se limitam a indicar datas de início e fim das ações e não apresentam as etapas dos processos a serem implementados. Esse tipo de informação é fundamental para que o monitoramento possa ocorrer;
- ⇒ Os responsáveis pelas ações são, predominantemente, indicados genericamente, como a SESAI ou FUNAI, sem definir especificamente os setores ou atores institucionais responsáveis. Ademais, não evidencia que outros atores participam na implementação das ações, como as organizações não governamentais e indígenas;
- ⇒ Predomina a perspectiva de indicadores de números absolutos ou percentuais que não permitem analisar os impactos na saúde dos povos indígenas ou produção de serviços. Tal ausência ocorre inclusive em aspectos mensuráveis através de indicadores específicos, amplamente conhecidos no sistema de saúde;
- ⇒ A maioria dos custos apresentados traz apenas as indicações de “não se aplica” ou “a definir”. Sabe-se que o controle da epidemia demanda ações que envolvem custos extras de recursos humanos, logísticos, insumos ou capital, exigindo, portanto, que o planejamento indique explicitamente custos e fontes orçamentárias;
- ⇒ O monitoramento apresentado no plano se limita a informar que será realizado através de relatórios, ou seja, documentos de circulação restrita às instituições, ferindo a transparência e impossibilitando o acompanhamento das ações;
- ⇒ De maneira geral o plano não incorpora mecanismos de participação dos povos indígenas na formulação, implementação e monitoramento das ações.

O plano é composto por diversos quadros de Metas, Indicadores e Resultados Esperados apresentados para as ações propostas pelos formuladores que são meros descritivos de atividades.

Veja o exemplo apontado pelos consultores:

Item	Meta	Resultado
1.2. Garantir o suporte ao isolamento ou distanciamento social (pp. 16-17)	Realizar reunião de sensibilização”	39 reuniões realizadas

Item 1.4. Realizar ações de comunicação e educação em saúde, com a participação dos povos indígenas, em formatos diversos, em linguagem acessível e com tradução para as línguas nativas (pp. 21-22)	Elaborar e distribuir 363 cartazes sobre medidas de prevenção à COVID-19”	“Fixação de cartazes nos 363 polos-base”
Item 1.6. Apoiar os povos indígenas no recebimento de auxílios (pp. 45-46)	“ <i>Divulgar normativos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e recomendações para emissão da Certidão de Exercício de Atividade Rural (CEAR) diante do isolamento social em função da pandemia do coronavírus</i> ”	“ <i>Memorando-Circular n° 3/2020/SEPS/CGPDS /DPDSFUNAP</i> ”.

Sobre o *eixo participação social e controle social*, como bem consignado pelos consultores, a ampliação e fortalecimento do controle social está previsto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e constitui uma dimensão importante da política de atenção a saúde indígena. Neste sentido, a APIB corrobora as recomendações apontadas, *in verbis*:

1. **criação de comitês locais nos polos-base**, para levantar as necessidades locais, planejar as ações e realizar a avaliação e o monitoramento das ações do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros”. Esses comitês locais devem reunir-se periodicamente e devem incluir a participação de conselheiros locais de saúde, lideranças locais, bem como, de representantes das organizações indígenas. Desse modo, recomenda-se uma revisão da ação **a.**, para abranger: inclusão de membro(s) do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), de lideranças indígenas e de representantes das organizações indígenas nos comitês locais para discussão sobre o enfrentamento à COVID-19 em cada polo base.
2. Recomenda-se a **divulgação das ações dos Comitês de Crise Distrital nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena**. Para isso, recomenda-se que a SESAI promova a realização das reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, providenciando os meios necessários para que essas reuniões aconteçam de **modo virtual** enquanto durar a pandemia e as medidas de afastamento social, ou que ao menos haja meios de comunicação com os conselheiros para repasse

de informação e consulta acerca das tomadas de decisão e avaliação do processo.

3. Recomenda-se a **reativação do Fórum dos Presidentes de Condisi (FPCondisi)**, extintos pela Decreto N.º 9.759, de 11 de Abril de 2019. Este Fórum teve um papel reconhecido na ampliação do diálogo com a SESAI, visando às melhorias das ações de saúde indígena, ao promover a participação social no âmbito mais central da unidade gestora.

4. Recomenda-se que os relatórios produzidos pelos DSEIs, relativos às ações do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros” sejam encaminhados, também, para as instâncias do controle social para serem avaliados e monitorados em conjunto com as lideranças indígenas, representantes de organizações indígenas e indigenistas, e para o MPF.

No que tange ao *eixo promoção das interações e pactuações intergestoras e interministeriais*, os consultores ofertaram ao governo federal, ainda no âmbito do Grupo de Trabalho, 9 (nove) sugestões, das quais apenas 2 (duas) foram incorporadas ao plano apresentado em juízo. Entretanto, mesmo essas duas que foram incorporadas¹, não “*guardam congruência com o campo de conhecimento e de ação do eixo que versa sobre política e gestão em saúde*”.

Ademais, importa trazer à baila as reflexões dos consultores, senão vejamos:

Se analisarmos as ações propostas pelos formuladores do plano **pode-se verificar que os itens “a. preenchimento da variável raça/cor indígena nos sistemas de saúde SIVEP-Gripe, e-SUS Notifica e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), conforme preconiza Portaria N°344/2017; b. disponibilização dos boletins e informes epidemiológicos por DSEI no site da SESAI para publicizar o monitoramento dos casos de COVID-19, c. disponibilização dos boletins com análise por raça/cor dos casos de COVID-19 no Brasil” não versam sobre relações intergestoras no sistema de saúde**, pois são ações de vigilância epidemiológica que devem ser tratadas em outro

¹ “a) fortalecer a articulação entre os três entes federativos no enfrentamento à COVID-19; e b) combater a discriminação de indígenas no acesso aos serviços da Rede SUS.” (p. 50).

eixo de ação. Ou seja, sua inclusão neste eixo não apenas é tecnicamente incorreta, mas também não poderá propiciar ou buscar meios para garantir o acesso de pacientes indígenas a hospitais e outros serviços especializados no SUS estadual ou municipal.

Já os itens “*d. adequação dos planos municipais e estaduais de enfrentamento à COVID-19 com ações específicas para população indígena; e. inclusão da participação de indígenas nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite*”, **embora sejam atividades típicas de gestão não poderão ser realizadas por fugirem da governança do governo federal**. Ou seja, a formulação e/ou adequação de tais planos é prerrogativa desses entes estaduais e municipais, não cabendo ao gestor federal efetuar tal adequação. Ressalve-se que a sugestão dos consultores nas ações relativas a essa temática adotaram uma formulação cautelosa expressa na fórmula “**Promover a participação dos diversos entes federativos e a participação paritária indígena nas instâncias de gestão e tomada de decisão no combate à COVID-19**”, assim procedendo pelo conhecimento de que o gestor federal não delibera sobre atuação desses fóruns.

Assim, neste eixo, a APIB adota a recomendação vaticinada pelos consultores, para que a União proponha “medidas claras apresentadas na forma de acordos ou convênios (já firmados ou com estratégias claras de como pretendem firmá-los) que estabeleçam fluxos de solicitações e agendamento de exames, consultas e internações, de encaminhamento e deslocamento de pacientes para tratamentos não ofertados nos DSEI”.

Já no ***Eixo: Reorganização e qualificação do trabalho e segurança do usuário e trabalhador***, os profissionais indígenas desde o início da pandemia estão à frente de suas comunidades orientando e prestando os primeiros cuidados. Em muitos casos, sem o necessário apoio estrutural do Estado. Há casos em que os primeiros contaminados foram os profissionais indígenas por conta da exposição e falta de equipamento de proteção individual. Neste sentido, a APIB entende fundamental a recomendação dos consultores de que o governo adote, de forma prioritária, “a definição clara e rigorosa de rotinas e protocolos no trânsito dos profissionais de saúde e trabalhadores em territórios indígenas, com testagem por RT-PCR e adoção de quarentena, para evitar os riscos de transmissão da Covid-19 por trabalhadores assintomáticos ou que estejam no período de incubação da doença”.

E ainda, frisa-se as seguintes observações:

“Deve-se se realizar rotineiramente triagem de sintomas dos profissionais e testagem, preferencialmente RT-PCR ou inquéritos sorológicos amplos.

Deve-se estabelecer que os trabalhadores com teste molecular ou sorológico (IGM) positivos sejam impedidos de realizar atividades presenciais com entrada em área indígena.

Na ocorrência da positividade destes exames, os profissionais devem ser afastados e somente retornar ao serviço após 14 dias de isolamento, estando sem sintomas por ao menos 3 dias, e preferencialmente com nova testagem garantindo IGM e RT-PCR negativos”.

Ademais, é preciso que o governo formule um programa de qualificação contínua para os profissionais indígenas. E, no caso dos Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, deve-se garantir o acesso visando a superar eventual obstáculo por conta da não fluência em língua portuguesa e a não familiaridade com as plataformas virtuais, bem como o próprio acesso à rede de internet em muitas localidades.

No *eixo vigilância e informação em saúde*, o Plano apresentado pela União não observou as próprias normativas da SESAI. Questionou-se se o corpo técnico da Secretaria Especial de Saúde Indígena analisou o texto. Diante das fragilidades apontadas pelos Consultores, a APIB corrobora pela adoção das seguintes recomendações, *in verbis*:

1. O Grupo de Consultores (GC) recomendou que a equipe responsável pela elaboração do **Plano da União** considerasse o **Informe Técnico nº. 6 da SESAI/Ministério da Saúde** (Anexo A do Plano, pg. 66) como *ponto de partida* para a estruturação da versão final do **Plano**, visto que esse informe havia sido estruturado de maneira mais detalhada e objetiva em relação às ações, estratégias, conceitos e definições a serem adotados no nível local para o efetivo enfrentamento da pandemia. Porém, verificou-se, no **Plano da União**, a referência explícita ao **Informe Técnico nº. 6**. Contudo, a SESAI/MS publicou uma versão atualizada desse Informe em 11 de agosto de 2020, o

Informe Técnico nº. 7 da SESAI/Ministério (disponível em <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>). Portanto, a menção ao **Informe Técnico nº. 6** no Plano da União e a imediata publicação do **Informe Técnico nº. 7** atualizado, incorporando parte das sugestões do GC, remete diretamente à seção **Objetivos dos eixos** (p. 5 do Plano da União), que o Governo estabelece como primeiro objetivo específico “(a) adotar as recomendações mais recentes da SESAI/Ministério da Saúde sobre a definição de casos suspeitos, confirmados e descartados de COVID-19, bem como os critérios de notificação”.

O GC considera inadequada a formulação deste objetivo, na medida em que se observou que as versões anteriores dos planos propostas pela União estavam sempre muito defasadas em relação as recomendações mais atuais do próprio Ministério da Saúde, colocando os indígenas em maior vulnerabilidade à doença. O exemplo da atualização **Informe Técnico nº. 7** quatro dias após o envio do Plano ao STF evidencia que não basta que o objetivo se encerre em “adotar as recomendações mais recentes da SESAI/MS em relação à definição de casos suspeitos, confirmados e descartados”. O GC considera que o objetivo deve estabelecer que a SESAI/MS atualize constantemente suas recomendações com base nas melhores evidências científicas disponíveis e que essas recomendações sejam adaptadas, incorporadas nos Planos Distritais e executadas no nível local.

2. Quanto ao objetivo “(b) fortalecer as estratégias de testagem para a população indígena, incluindo-se o rastreamento de casos” (**Objetivos dos eixos, p.5**), o GC considera que é necessário incluir no texto **rastrear contatos dos casos**. É possível que um contato esteja infectado e seja assintomático ou pré-sintomático, podendo transmitir a infecção para outras pessoas. Desta forma, a vigilância deve ser preferencialmente ativa (quando a situação epidemiológica e geográfica permitir, inclusive utilizando estratégias de monitoramento remoto por rádio, telefone ou internet) e priorizar caso sintomáticos e seus contatos. Sem esse rastreamento, a probabilidade de interrupção da cadeia de

transmissão é menor, o que aumenta o risco de surtos em comunidades indígenas.

3. Quanto ao objetivo “(c) manter os estudos epidemiológicos visando à continuidade do monitoramento das taxas de morbidade e mortalidade causadas por COVID-19” (**Objetivos dos eixos, p.5**), o GC entende que o papel da SESAI/MS não é o de realizar estudos epidemiológicos, já que o monitoramento faz parte da vigilância. Considera-se, na vigilância em saúde, que a informação é instrumento para a ação, ou seja, a execução das ações de vigilância e atenção à saúde qualificadas depende de uma informação ágil e oportuna sobre a pandemia, que não se sobrepõe, necessariamente, aos estudos epidemiológicos. Portanto, a produção, análise e disseminação da informação é parte indispensável da vigilância em saúde e o objetivo (c), no entendimento do GC, deveria ser reformulado para incorporar esse conceito.

4. Na seção **3. Vigilância e informação em saúde** (p. 57), destaca-se a afirmação “As estratégias de testagem para a população indígena, incluindo o rastreamento de casos, devem igualmente seguir as orientações da SESAI...”. Para o GC, essa assertiva deve explicitar o rastreamento de contatos, considerado fundamental para interrupção da cadeia de transmissão da COVID-19, conforme mencionado no item b (objetivo b) deste documento;

5. No detalhamento apresentado no **Plano da União** sobre investigação laboratorial (pp. 57-59), não há menção aos critérios para definição e investigação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbito na comunidade, ainda que tenha sido feito um detalhamento desses critérios para os casos de Síndrome Gripal (SG) leve e moderada. É fundamental que seja conduzida a investigação de formas graves da doença, sobretudo dos óbitos, e confirmação diagnóstica, para a melhor compreensão da pandemia e adoção de medidas pertinentes para evitá-los. Todos os esforços devem ser empreendidos para confirmar laboratorialmente as formas graves de doença.

6. A recomendação de utilização do teste sorológico rápido a partir do 8º dia dos sintomas para confirmação de casos sintomáticos pode resultar em baixa confirmação de casos (ou seja, subnotificação), na medida em que existem limitações na acurácia desses testes, podendo gerar falsos-positivos e falsos-negativos.

7. Foi ressaltado pelo GC que o teste rápido não faz a detecção da infecção e pode atrasar as medidas de isolamento recomendadas em caso de suspeita. Isso também tem implicações sobre as recomendações sobre rastreamento de contatos apenas de casos confirmados laboratorialmente, conforme consta no **Plano da União** (pp. 57-58). Por isso, entende-se que as medidas mais eficazes para conter a pandemia devem se basear em critérios mais amplos e sensíveis, a fim de aumentar a probabilidade de detecção de casos de infecção e a adoção de medidas efetivas de contenção da disseminação do vírus. Ressalta-se que a falta de confirmação laboratorial de um caso suspeito não deve se constituir em impeditivo para a adoção de medidas de isolamento do caso e seus contatos, e de outras medidas de proteção individual e coletivas.

8. Os indicadores propostos não são adequados e/ou suficientes para monitorar a evolução da pandemia na população, assim como os impactos das ações propostas. Não são explicitados, por exemplo, indicadores de cobertura das ações e serviços, os relativos à ocorrência e evolução da doença, como proporções e taxas de casos suspeitos por critério, testados por tipo de teste, confirmados e outros.

9. No tocante à informação em saúde, há a premente necessidade de dar transparência a todos os dados gerados pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Não é aceitável o argumento de que tal disponibilização possa “*comprometer o direito ao sigilo e à privacidade e por acarretar em risco de estigmatização dos indivíduos*”. Afirmamos isso porque diversas bases e sistemas de informação em saúde de órgãos oficiais do país disponibilizam dados individuais seguindo critérios de “anonimização”, qual seja, a “utilização de meios técnicos razoáveis... por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo”

(Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018). Nesse sentido, e completamente compatível com procedimentos técnicos de rotina na produção de estatísticas públicas, o GC recomenda a disponibilização, para acesso público, de dados individuais devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEI.

O GC recomenda que devem ser disponibilizados dados oriundos da “Ficha de Notificação de Síndrome Gripal” para todos os indivíduos notificados ou que foram a óbito pela COVID-19. Os dados a serem fornecidos devem ser: data de notificação, sintomas, data de início dos sintomas, condições pré-existentes (co-morbidades), estado do teste, data da coleta do teste, tipo do teste, resultado do teste, classificação final do caso, evolução do caso e data de encerramento do caso.

10. De modo a permitir o cálculo de indicadores demográficos e epidemiológicos, também devem ser providos dados de cada aldeia, com a identificação do polo-base e etnia, tamanho total da população, frequência absoluta de indivíduos por idade (em anos, sem o uso de faixas etárias) e sexo.

11. Os dados relativos às equipes de saúde e serviços de saúde devem ser providos mensalmente por polo-base: número e composição das equipes, roteiro de entrada em área (se fluvial, terrestre ou aéreo), número de visitas feitas a cada aldeia com respectivo período de permanência em campo, número de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas realizadas, além de outras informações relevantes.

12. Caso não esteja contemplado acima, devem ser disponibilizados, de forma anonimizada, todos os dados necessários para que sejam calculados, de forma independente, os indicadores apresentados na série “Informe Epidemiológico” da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. É fundamental que os representantes das comunidades indígenas, a sociedade civil em geral e outros atores governamentais tenham acesso a esses dados para proceder análises e acompanhamento da situação de saúde indígena.

13. No documento “Relatório do Grupo de Trabalho sobre o Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas

Brasileiros no âmbito da ADPF 709”, é afirmado que “A SESAI trabalha em aprimoramentos do SIASI e das suas bases de dados para, nos próximos meses, disponibilizar o módulo demográfico e outras informações de saúde desse Sistema, novamente” (p. 24). Considerando a vulnerabilidade socioeconômica e sanitária dos povos indígenas à pandemia de Covid-19, que é uma doença que se vincula ao quadro geral de saúde das populações e que deve permanecer como agravo por um longo período de tempo, solicita-se que, tal como sugerido no referido documento preparado pela União, que no prazo de três meses seja disponibilizado para acesso público, na plenitude e de forma anonimizada, o módulo demográfico e outras informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

De igual modo, o *eixo assistência integral e diferenciada* apresenta fragilidade aguda, tendo em vista a gravidade da situação dos povos indígenas frente à pandemia. As duas dimensões apontadas pelos consultores nos oferecem um cenário capaz de mitigar os efeitos da pandemia na morbidade e mortalidade dos povos indígenas. Neste sentido, a APIB pugna para que a União incorpore os objetivos e ações apresentados pelos consultores.

Em síntese, os objetivos são: a) Expansão da assistência para o apoio às populações indígenas em terras não homologadas e não assistidos; b) Implementação das UAPI-Covid-19; c) Garantia de regularidade e adequação no fornecimento de insumos e medicamentos para os DSEI; d) Adequar o funcionamento das CASAI para o contexto de pandemia; e) Garantir a integralidade do cuidado dos casos de Covid-19, considerando a necessidade de remoções, acompanhamento dos casos nos centros de referência, protocolos funerários e acompanhamento de possíveis sequelas; f) Garantia das ações de assistência integral a outros agravos e de ações de prevenção e promoção à saúde durante o cenário de pandemia.

3 – CONSIDERAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS DE CONTENÇÃO DE INVASORES

No eixo 1.1.2 a União propõe a colocação de “barreiras de contenção de invasores”. Informa, também, que “Atualmente, encontram-se instaladas e em funcionamento 229

barreiras, entre postos de controle de acesso e barreiras sanitárias”, as quais compõem o Anexo C do Plano².

A União apresenta medidas de instalação de barreiras para universo extremamente reduzido de terras indígenas existente no país e não apresentado qualquer justificativa ou critério para esse recorte de atuação, com graves consequências para combate da Covid junto aos povos indígenas.

Da análise dos dados constantes no Anexo C do Plano, verifica-se que as barreiras foram instaladas em cerca de 163 terras indígenas, visto que algumas terras possuem mais de uma barreira. Segundo dados da Fundação Nacional do Índio (Funai), existem atualmente 568 terras indígenas, já excluindo-se as 119 terras indígenas em estudo, nem computando as terras indígenas reivindicadas. Das 568 terras indígenas, se excluirmos as 31 terras indígenas com presença de índios isolados e de recente contato, objeto de plano específico apresentado pela União, temos um número de 537 terras indígenas que deveriam ser objeto de medidas específicas de contenção de invasores no âmbito do Plano Geral de Enfrentamento da Covid. Assim, a princípio, teriam sido instaladas barreiras em 163 terras indígenas em universo de 531 terras indígenas, sem entrarmos numa análise qualitativa sobre condições do seu funcionamento, número de agentes nas barreiras e sua efetividade.

Portanto, as barreiras apresentadas pela União contemplam tão somente um conjunto de cerca de 30% do total de terras indígenas do país. Esse número, frise-se, seria ainda maior se considerarmos as terras indígenas em estudo. **Para o restante de quase 400 terras indígenas, compreendendo cerca de 70% do total das terras indígenas, não há qualquer medida apresentada no Plano voltada a instalação de barreiras de contenção de invasores, como ação emergencial de prevenção e combate a Covid.**

Importante reforçar que a União tampouco apresentou no Plano qualquer critério – tais como, vulnerabilidade social, territorial, índice de desmatamento, ocorrência de ilícitos ambientais, conflito fundiário, número de contágio da Covid-19 e etc – para justificar atuação limitada e circunscrita a 168 terras indígenas.

Se não bastasse a abrangência limitada da instalação de barreiras de contenção, a análise mais detida das informações constantes da planilha “Barreiras de Contenção e Sanitárias”, indicam não somente a insuficiência da medida apresentada pela União para

² A despeito da União informar que “*uma vez que este Plano de Enfrentamento e Monitoramento tem como público-alvo os povos indígenas em geral, as ações de proteção territorial de povos isolados e de recente contato por meio de BAPEs não serão apresentadas*”, o fato é que consta na lista da planilha “C” terras indígenas com presença de índios isolados e de recente contato, como, por exemplo, Araribóia, Vale do Javari, Yanomami, Himerimã, Deni, dentre outras.

contenção de invasores, como escancaram a própria omissão da União. Segundo consta no Plano (item 1.1.2), “*as barreiras de contenção consistem em postos de controle de acesso, nos quais agentes da Funai e profissionais de segurança pública atuam com vistas a controlar o ingresso de pessoas não autorizadas em terras indígenas*”. Logo, segundo a definição apresentada, tais barreiras deveriam ser compostas prioritariamente por agentes do Poder Público, especialmente Funai e forças de segurança pública.

Passamos então à análise da composição das barreiras de contenção, no sentido de verificar quais são os atores e o grau de participação – e comprometimento – dos mesmos para o seu funcionamento e manutenção, bem como se estes dados refletem a descrição conceitual de barreiras de contenção apresentada pela União.

De toda forma, utilizando os dados apresentados pela União, foi sistematizado, na tabela abaixo, os dados constantes da coluna “composição” da “Barreiras de Contenção Sanitárias”, Planilha Anexo “C”

Tipo de composição	Número de barreiras	%
Atuação exclusiva dos Povos Indígenas	132	48,18%
Atuação compartilhado dos Povos Indígenas e Poder Público	62	22,63
Atuação exclusiva do Poder Público	25	9,12%
Barreiras sem informação de composição	55	20,07%
TOTAL de barreiras	274	100,00%

Os dados são explícitos em demonstrar que em quase a metade das barreiras de contenção apresentadas pela União, compreendendo 132 barreiras, o funcionamento ocorre por meio da atuação exclusiva dos povos indígenas, que também participam das barreiras junto com o Poder Público em outras 62 iniciativas. No outro espectro, a atuação exclusiva do Poder Público pode ser verificada em tão somente 25 iniciativas, o que representa menos de 10% do total das barreiras, segundo os dados apresentados pela própria União. Ou seja, a própria definição conceitual das barreiras de contenção apresentada pela União está em contradição com a realidade dos dados da composição dessas barreiras, já que fica evidente o protagonismo dos povos indígenas (sem qualquer

informação de apoio efetivo da União) e a tímida presença do Poder Público nas medidas de contenção de invasores.

Inegável que os povos indígenas desempenham – como sempre o fizeram – um papel ativo da defesa de seus territórios e suas estratégias próprias de gestão territorial e ambiental são fundamentais para proteção de suas terras, devendo ser reconhecidas e apoiadas. No entanto, o protagonismo dos povos indígenas não pode servir como justificativa para omissão da União no seu dever de proteção das terras indígenas, ainda mais em um cenário agravado pela pandemia. Ao Poder Público, especialmente a União, foi atribuído o dever constitucional de fiscalizar e proteger as terras indígenas, não podendo os povos indígenas estarem sozinhos nesta missão, inclusive quando determinadas medidas de fiscalização só podem ser realizadas pelos órgão de estado responsável pelas ações de comando e controle.

Na verdade, o Poder Público atesta que teria uma atuação exclusiva em 25 barreiras para um total de 537 terras indígenas³, universo este que seriam ainda maior – e maior a omissão – se incluirmos as terras em estudo e as reivindicadas, já que na grande maioria delas existem populações indígenas, de forma que se faz necessário medidas de proteção para essas populações, independentemente de sua situação fundiária.

As barreiras de contenção apresentada no plano da União evidenciam sua própria omissão no cumprimento de suas atribuições de proteção de terras indígenas no cenário da pandemia e são insuficientes para atender comando judicial exarado pelo STF, nos autos na presente ADPF no ponto específico em que determinou “*determinar a inclusão, no Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para os Povos Indígenas (infra), de medida emergencial de contenção e isolamento dos invasores em relação às comunidades indígenas ou de providência alternativa apta a evitar o contato*”.

Ademais, além da análise dos números constantes da Planilha “C”, importante ressaltar que não existe no Plano, diretrizes mínimas que estabeleçam finalidades, formas e condições para o funcionamento das Barreiras de Contenção de Invasores. Na verdade, abrigam-se no guarda-chuva de Barreiras de Contenção de Invasores, um conjunto de medidas – na sua grande maioria que são tocadas unicamente pelos povos indígenas – que vão desde barreiras sanitárias, controle de acesso, “guaritas”, posto de vigilâncias, bases de proteção. Não há uma estratégia definida no sentido de como tais medidas se articulam entre si e com as ações de comando e controle de responsabilidade exclusiva do Poder Público, com vista a contenção de invasores em terras indígenas.

³ Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>> Acessado em 16.06.20.

Ademais, a Planilha “Barreiras de Contenção e Sanitárias”, anexo “C”, também apresenta um conjunto de informações incongruentes, por exemplo, **13 terras indígenas não apresentam informação sobre o tipo de controle da medidas; 52 barreiras não apresentam dados sobre sua composição; em 04 terras indígenas indicam que a composição na barreira seria de uma única pessoa; algumas terras indígenas, como situadas no oeste do Paraná, as medidas de controle restringem basicamente a existência de placa indicativas,** dentre outros.

Demais disso, a União colocou no Plano que irá “Distribuir 400 mil EPIs para 39 CRs, 240 Coordenações Técnicas Locais, 11 Frentes de Proteção Etnoambiental e 20 Bases de Proteção Etnoambiental da FUNAI. Aquisição realizada pelo MJSP” e “Operacionalizar 229 barreiras (de contenção e sanitárias) nos territórios indígenas”. **Contudo, na tabela onde estão previstos os “recursos orçamentários-financeiros” para as atividades, verifica-se que ainda não há definição de valores, a indicar que tais atividades não estão acontecendo de fato.**

A União destaca que “As ações de monitoramento da instalação e manutenção de barreiras sanitárias e de contenção de invasores nos territórios indígenas têm sido realizadas pelos agentes da FUNAI nos territórios”. **Não aponta, porém, quais medidas específicas estão sendo realizadas nas sete terras objeto da decisão judicial, ou junta qualquer documento que demonstre a realização das atividades.**

4 – DA AUSÊNCIA DO PLANO DE EXTRUSÃO DAS TERRAS INDÍGENAS QUE ESTÃO INVADIDAS

O Plano apresentado pela União não apresenta medidas para contenção de invasores para as sete terras indígenas em estágio crítico de invasões, a saber: TIs Arariboia, Karipuna, Kayapó, Mundurucu, Trincheira Bacajá, Uru-Eu-Wau-Wau e Yanomami. Sobre a TI Arariboia, consta apenas em uma tabela sem qualquer ação específica. Já sobre as TIs Kayapó, Trincheira Bacajá e Yanomami, há apenas referências genéricas às Bases de Proteção e de controle de acesso que existem no território, sem a previsão ou descrição de quaisquer medidas específicas para a contenção de invasores. As TIs Karipuna, Mundurucu e **Uru-Eu-Wau-Wau nem sequer constam no Anexo C.**

Ocorre que a determinação é clara “inclusão, no Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para os Povos Indígenas (infra), de medida emergencial de contenção e isolamento dos invasores em relação às comunidades indígenas ou de providência

alternativa apta a evitar o contato”. No plano apresentado, todavia, inexitem medidas específicas e suficientes para tal desiderato. A menção a barreiras de contenção nas TIs Kayapó, Trincheira-Bacajá e Yanomami, cujo escopo pode contribuir para o isolamento dos invasores, não é medida suficiente para adimplir os exatos termos do que ficou determinado na decisão judicial, já que não definem de per si qualquer Plano para a contenção e isolamento dos invasores.

Diante disso, apresentamos no Anexo 02, Nota Técnica que descreve os pontos de invasão e as medidas para isolamento e contenção de invasores em cada uma destas terras. Requer-se, desde já, que o Plano seja complementado com a inclusão das medidas apresentadas, de modo que se possa garantir efetivo isolamento e contenção dos invasores. Além disso, as medidas apresentadas poderão evitar a entrada de novos invasores e se revelar medida pedagógica para coibir a prática de outros ilícitos.

No que concerne ao eixo “1.1.3. Realizar a desintrusão de invasores de Terras Indígenas”, a União não apresentou cronograma para “Organizar a Operação (teste/treinamento, cadastro de usuários, credenciamento, etc)” e para “Realizar a Operação”. Segundo entende, tais ações são sigilosas. No quadro em que se prevê a aplicação de recursos orçamentário-financeiros, ambas as ações estão sem previsão orçamentária, constando apenas que os recursos necessários estão “a definir”. Não há tampouco a indicação das terras indígenas que deveriam ser objeto das ações de desintrusão pelo Estado brasileiro.

Destaque-se que no dia do referendo da medida cautelar, o Advogado-Geral da União, José Levi Mello do Amaral Júnior, bem realçou: **“eu expresso, Exmo. Sr. Presidente, que a União vê com muito bons olhos o eventual estabelecimento de um prazo, como por exemplo cogitou S. Exa. o Min. Ricardo Lewandowski, de 60 dias, para apresentar um plano específico de desintrusões, inclusive com cronograma, a ser homologado por S. Exa. o relator Min. Luís Roberto Barroso”**.

Parece, portanto, razoável a fixação de um prazo de 60 dias para que a União apresente um plano de desintrusão mais detalhado, com previsão de prazo para a realização das operações e, principalmente, a definição do orçamento para realizá-las. Destaque-se que a previsão de prazos e períodos para a realização das operações não significam a indicação de datas ou elementos mais específicos que podem obstruir a realização das operações de fiscalização e controle.

Informe-se, por fim, que para garantir a segurança dos servidores públicos e das populações locais, o IBAMA instituiu, por meio da Portaria nº 1047, de 05 de Maio de 2020, o Procedimento Operacional Padrão para o enfrentamento do estado de emergência em relação à

Covid-19, que orienta os procedimentos para a conduta de prevenção de contágio dos servidores ambientais federais em atividades de campo de fiscalização ambiental.

O protocolo prevê a utilização de equipamentos de proteção individual, orientações gerais de segurança, períodos preparatórios de quarentena e regras para utilização de equipamentos e veículos do órgão. Em especial, a portaria veda o acesso às aldeias e o contato das equipes de fiscalização com os indígenas.

Com a observância estrita do protocolo de biossegurança, não apenas pelo IBAMA, mas por todos os órgãos participantes das atividades fiscalizatórias, existe a possibilidade da continuidade das operações durante a pandemia.

5 – ANÁLISE DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE INDÍGENA DIANTE DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

O Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) produziu a **Nota técnica: Execução Orçamentária da Saúde Indígena diante da pandemia do novo coronavírus** (Anexo 3). O objetivo deste documento é levantar questões acerca da atuação federal no âmbito do enfrentamento à disseminação da Covid-19 entre os povos indígenas. A análise orçamentária foi feita sobre a execução da ação “20YP – Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena” – ação orçamentária executada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). O valor autorizado para o ano de 2020 gira em torno de R\$ 1,38 bilhão, **o mais baixo dos últimos oito anos**. De 2019 para 2018, a execução do orçamento desta ação foi reduzida em cerca de R\$ 280 milhões, equivalente a 16% dos valores executados. Em razão dos dados expostos, o INESC aponta que:

(...) o enfrentamento da pandemia encontraria dificuldades com o orçamento da SESAI reduzido e requereria um aumento de investimentos para que os Distritos Sanitários Indígenas pudessem efetivamente lidar com a emergência sanitária, assumindo seu papel primordial de contenção da doença.

Infelizmente, as conclusões que o INESC aponta demonstram que o orçamento não foi reforçado e sua execução segue vítima de entraves para que ocorra. Comparando o ano de 2020 com 2019, todas as fases das despesas da ação 20YP foram menores no ano corrente, **mesmo com a gravidade da pandemia nos territórios indígenas**. Em comparativo específico

com os meses subsequentes à deflagração da pandemia, os valores de execução sofrem queda que quase alcança a cifra de R\$ 100 milhões. Somente em junho essa tendência é interrompida, o que demonstra **atraso nas respostas efetivas** de combate à Covid-19. **O que poderia justificar a menor liquidação orçamentária na Saúde Indígena em plena emergência sanitária?**

O INESC optou por analisar dois casos: os DSEIs Leste RR e Rio Tapajós, em razão de serem os que concentram o maior número de infectados pela Covid-19, segundo dados do Comitê em Defesa da Vida e da Memória Indígena. Havia escassez de recursos empenhados para a aquisição de materiais como equipamento de proteção individual e medicamentos, em meio a meses críticos da disseminação pandêmica. “Sem alocação de recursos não há realização efetiva de políticas públicas e, ademais, a forma como os recursos do Estado são distribuídos e executados constitui um indicador valioso das prioridades de cada gestão”. **Os dados apontam que a Vida Indígena não é uma dessas prioridades.**

A conclusão da Nota Técnica é que, analisando as despesas executadas pelos dois DSEIs, **nada indicaria que se passa pela mais grave crise sanitária dos últimos 100 anos.** Portanto, as falhas do governo federal em combater a Covid-19 junto aos povos indígenas consistem em: i) não garantir a realização progressiva de direitos, por não potencializar o atendimento em saúde; ii) não mobilizar o máximo de recursos disponíveis, investindo menos recursos no primeiro semestre de 2020 do que no mesmo período em 2019; iii) não ter atuado com base na isonomia material, equalizando atendimentos especiais para as vulnerabilidades dos povos indígenas; iv) desconsiderar a participação social, enfraquecendo as estruturas de controle da sociedade e desconsiderando as colaborações das organizações indígenas.

Há grave omissão do governo federal no combate à Covid-19 em meio aos povos indígenas, no atraso de suas respostas à pandemia, na escassez de recursos disponibilizados e inclusive nos seus vetos legislativos ao PL. 1.142 (atual Lei 14.021).

Como alternativa para minorar os prejuízos até agora implicados pela ação do governo federal, o INESC recomenda:

1- Que o governo faça complementação orçamentária de pelo menos R\$ 610 milhões para a ação 20YP, chegando ao orçamento de pelo menos R\$ 2 bilhões em 2020. Vale registrar que a cifra ficaria, por exemplo, muito próxima do que foi autorizado para o ano de 2017 que foi de R\$ 1,92 bilhão.

2- Apresentação de relatórios detalhados, por DSEI, de todos os gastos e entregas efetivas de ações de enfrentamento à Covid-19.

3- Recomposição orçamentária da Fundação Nacional do Índio (Funai), cujo papel de monitoramento, fiscalização e proteção das terras indígenas tem sido progressivamente esvaziado. É sabido que a presença de invasores é vetor principal de transmissão do novo Coronavírus em territórios indígenas e, assim, tanto o fortalecimento da Funai como a efetiva desintração dos territórios são medidas urgentes para conter o impacto da emergência sanitária entre os indígenas.

DOS PEDIDOS E REQUERIMENTOS

Ante o exposto, a APIB requer:

Que seja determinado à União a complementação do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas”, incluindo-se as observações e recomendações técnicas feita pelos Consultores e especialistas, as quais estão consubstanciadas nos anexos 1, 2, 3 e 4 a esta petição.

No que tange as medidas para extrusão de invasores, requer-se: *i)* Em atenção ao que foi sugerido pelo Advogado-Geral da União, no dia do referendo da medida cautelar, a fixação de um prazo de 60 dias para que a União apresente um plano de extrusão mais detalhado, com previsão de prazo para a realização das operações e, principalmente, a definição do orçamento para realizá-las; *ii)* A apresentação do protocolo sanitário que será utilizado pelos agentes do Estado nas operações de extrusão de forma a prevenir a disseminação de Covid-19 nas TIs.

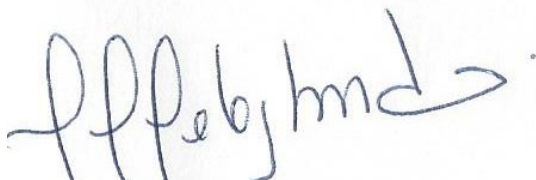
Que seja determinado a correção da nomenclatura do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, para “**Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas no Brasil**”, tendo em vista os argumentos técnicos científicos apresentados pelos consultores no GT, sobre o qual nem mesmo neste ponto a União demonstrou boa vontade em fazê-lo.

Que seja **determinado a exclusão do item atinente ao turismo em terras indígenas**, tendo em vista que o presente plano não tem este objetivo e tal atividade fere as recomendações sanitárias diante do contexto de pandemia, tudo isso com fulcro na Instrução Normativa n. 03/2015, da FUNAI, que prevê que qualquer atividade de **visitação para fins**

turísticos em terras indígenas deve ser decidida pelas próprias comunidades indígenas, bem como com arrimo no Art. 6º da Convenção 169 da OIT.

Que a União seja instada a se pronunciar sobre a viabilidade da **reativação do Fórum dos Presidentes de Condisi (FPCondisi)**, extintos pela Decreto N.º 9.759, de 11 de Abril de 2019, tendo em vista que este é o espaço de participação e controle social do subsistema de saúde indígena e fundamental para o monitoramento da execução do plano.

P. deferimento.



LUIZ HENRIQUE ELOY AMADO

OAB/MS 15.440

- | | |
|----------------|---|
| Anexo 1 | Nota Técnica FIOCRUZ e ABRASCO |
| Anexo 2 | Nota técnica sobre medidas complementares para a contenção e isolamento de invasores em 7 Terras Indígenas críticas |
| Anexo 3 | Nota técnica: Execução Orçamentária da Saúde Indígena diante da pandemia do novo coronavírus |
| Anexo 4 | Resumo das medidas para contenção e isolamento de invasores nas 7 Terras Indígenas |