



DEFENSORIA PÚBLICA-GERAL DA UNIÃO
SBS Quadra 02, Bloco H, Lote 14 - Bairro Asa Sul - CEP 70070-120 - Brasília - DF - <http://www.dpu.gov.br/>

NOTA TÉCNICA N° 2 - DPGU/SGAI DPGU/GTCT DPGU

Em 04 de fevereiro de 2021.

NOTA TÉCNICA N° 2 - DPGU/SGAI DPGU/GTCT DPGU

PROCESSO SEI N° – 08038.061507/2020-76

O GRUPO DE TRABALHO COMUNIDADES TRADICIONAIS (GTCT) DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, por intermédio dos Defensores Públicos Federais signatários, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei Complementar nº 80/94, considerando a atuação da Defensoria Pública da União como *amicus curiae* na ADPF nº 742 e o pedido de aditamento formulado pela CONAQ, no âmbito desse mesmo processo, vem manifestar-se pelos motivos de fato e de direito expostos a seguir.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Defensoria Pública da União foi admitida como *amicus curiae* nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceitos Fundamentais (ADPF) nº 742, proposta pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) e por diversos partidos políticos.

A ADPF está fundamentada no reconhecimento de uma série de omissões do Poder Executivo federal, observadas especialmente neste contexto de pandemia, relativamente à implementação de preceitos fundamentais que asseguram o direito à vida digna para os membros das comunidades quilombolas do país.

Em 09 de setembro de 2020, a CONAQ e os partidos políticos responsáveis pela propositura da ADPF protocolaram um pedido de aditamento, a fim de que fosse garantido o tratamento prioritário às comunidades quilombolas no Plano Nacional de Vacinação, argumentando em síntese que o governo federal adota uma postura de negligéncia no combate ao covid-19, mais especificamente em relação às comunidades remanescentes de quilombo (CRQs), que se encontram invisibilizadas frente ao poder público. Sustentam também que o ministério da saúde não indicou de forma precisa a ordem de prioridades no Plano Nacional, o que provocou desorganização, desigualdades e descontrole nos processos de imunização estaduais e municipais, prejudicando particularmente as comunidades quilombolas, denotando mais uma face do racismo estrutural que acomete as instituições brasileiras.

Intimada a se manifestar, a Advocacia Geral da União sustentou que as comunidades quilombolas já constavam como grupo prioritário no **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19** (doravante, simplesmente Plano Nacional de Vacinação), apresentado pelo governo federal. Requereu, assim, a declaração da perda de objeto do pedido de aditamento.

A Procuradoria Geral da União, por seu turno, apesar de se manifestar favoravelmente à pretensão deduzida pela CONAQ, entendeu que o Plano de Vacinação apresentado pelo governo federal seria suficiente.

Em resposta, a CONAQ destacou que, em verdade, o **Plano de Vacinação formulado pelo governo federal é ambíguo e, por isso mesmo, insuficiente**, permitindo que os Estados e municípios confiram tratamento absolutamente diferenciado entre as comunidades quilombolas, sendo certo que poucos estados incluíram as comunidades quilombolas **na primeira fase**, a exemplo do que foi feito com as comunidades indígenas.

A presente Nota Técnica visa examinar a juridicidade do pedido de aditamento formulado na ADPF nº 742 e da pretensão de que as comunidades quilombolas sejam incluídas, em todos os estados, na primeira fase de vacinação.

2. DA PROCEDÊNCIA DO PEDIDO DE ADITAMENTO: DA INSUFICIÊNCIA DO PLANO NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.

O pedido de aditamento fundamenta-se, sobretudo, na insuficiência do Plano Nacional de Imunização apresentado pelo governo federal.

A primeira versão do Plano foi apresentada em dezembro de 2020. Em seguida, foi formulado um "informe", em 18 de janeiro de 2021, e, por fim, a última versão de que se tem notícia foi divulgada em 25 de janeiro de 2021.

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 possui como objetivo estabelecer ações e estratégias para a operacionalização da vacinação, comprometendo-se em delimitar os grupos prioritários através dos fatores sociodemográficos que acentuam os risco de agravamento ou óbito pela covid-19, além de considerar os grupos com elevadas vulnerabilidades sociais como prioridade na campanha.

Nesse contexto, o **Plano Nacional de Vacinação contra a covid-19 deixa claro que as comunidades tradicionais quilombolas integram os grupos com elevadas vulnerabilidades sociais, e, portanto, possuem prioridade**. Essa premissa constitui-se, portanto, fato incontrovertido.

No entanto, o governo federal **não estabelece de maneira expressa em qual fase em específico a imunização das comunidades quilombolas deve ser inserida**.

Os itens que estabelecem os grupos prioritários a serem vacinados e a estimativa de doses de vacinas necessárias não dispõem de maneira expressa qual a ordem de escalonamento entre os grupos de elevada vulnerabilidade social.

Dante disso, os planos estaduais foram elaborados e implementados de maneira desigual, considerando justamente as omissões e a ambiguidade do Plano Nacional.

De acordo com notícia veiculada pela própria Agência Brasil:

Até o momento, foram distribuídas 8,9 milhões de vacinas, segundo levantamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) divulgado hoje. [Esse montante é suficiente para vacinar 5,3 milhões de pessoas](#). (Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/saude-atualiza-plano-de-vacinacao-com-novas-categorias-na-prioridade>. Acesso em 04/02/2021)

Em outras palavras, não há vacina disponível, hoje, para imunizar todas as pessoas dos grupos prioritários. É imprescindível, portanto, estabelecer uma ordem de prioridades entre os grupos previstos no Plano Nacional.

A toda evidência, o **Plano Nacional não se desincumbiu dessa missão** e é justamente por essa razão que a CONAQ constatou a efetiva desigualdade na operacionalização do programa de imunização entre as comunidades quilombolas.

O pedido de aditamento, frise-se, não se limita ao reconhecimento formal das comunidades quilombolas como um grupo prioritário. Isso já estava, como veremos, previsto na Lei nº 14.021/20 e já encontrava, de fato, ressonância, desde a primeira versão, no Plano Nacional.

O que se deseja é assegurar o **tratamento isonômico entre as comunidades tradicionais** (indígenas e quilombolas) e **entre as comunidades quilombolas de diferentes estados**.

No que diz respeito aos Planos Estaduais de Vacinação contra a Covid-19, em pesquisa informal realizada por integrantes do Projeto SER Quilombola^[*1], coordenado pela Profa. Clarissa Marques, da Universidade de Pernambuco, constatou-se a flagrante falta de uniformização provocada pela ambiguidade e obscuridade do Plano Nacional

Segundo essa pesquisa, alguns estados conferiram tratamento igualitário às comunidades tradicionais e contemplaram também as Comunidades Quilombolas **na primeira fase**, são eles: Rio Grande do Sul^[1], São Paulo^[2], Espírito Santo^[3], Bahia^[4], Maranhão^[5], Piauí^[6], Amapá^[7].

Outros estados, contudo, determinaram em seus planos que a vacinação da população quilombola ocorra em **fases subsequentes à inicial**, são eles: Rio de Janeiro (fase 2)^[8], Minas Gerais^[9], Pernambuco (Fase 4)^[10], Pará (Fase 2)^[12], Paraíba (Fase 9)^[13] (não mencionando ser grupo prioritário), e Amazonas (Fase 3)^[14].

Em relação aos estados de Santa Catarina^[15], Sergipe, Mato Grosso do Sul^[16], Alagoas^[17], Mato Grosso, Roraima^[18], os planos de vacinação **sequer mencionam as comunidades quilombolas** entre os grupos prioritários ou em qualquer das fases da vacinação, encontrando-se, portanto, em manifesto desacordo com as orientações estabelecidas Plano Nacional.

Além disso, cumpre destacar também que há estados que mencionam as comunidades quilombolas em seu plano, mas **não esclarecem a fase** em que elas serão contempladas. São eles: Rondônia, Acre^[11], o Distrito Federal^[19], Goiás^[20], Minas Gerais^[21], Tocantins^[22], Paraná^[23], Ceará e Rio Grande do Norte^[24]. Assim, em diversos estados, as populações quilombolas, apesar de estarem em situação de vulnerabilidade, restando-se comprovada a necessidade de sua inserção entre os grupos prioritários no processo de vacinação, continuam sendo submetidas a uma condição de exclusão e de negação persistente de direitos.

Abaixo segue tabela que ilustra o resultado das ambiguidades verificadas do Plano Nacional de Vacinação

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Grupo Prioritários s/ indicar a Fase	Não inclui entre os grupos prioritários
Estados	ES, RS, SP, BA, MA, PI	PA e RJ	AM	PE	GO, MG, TO, PR, CE e RN, DF	SC, SE, MS, AL, MT, RR

Não há justificativa racional e constitucionalmente fundamentada para conferir tratamento diferenciado para grupos sociais que estão na mesma situação.

A omissão do Poder Executivo pode ser constatada também pelas **tentativas frustradas desta Defensoria Pública da União de esclarecer as inconsistências do Plano Nacional**.

Quando divulgado o Plano Estadual de Imunização do estado de Pernambuco, que coloca as comunidades quilombolas na Quarta Fase, o coordenador do Grupo de Trabalho Comunidades Tradicionais (GTCT) da DPU encaminhou o OFÍCIO - Nº 4197249/2021 - DPU PE/DRDH PE, direcionado à coordenadora do Plano Estadual de Imunização, a dra. Ana Catarina Melo. Até hoje, não houve resposta formal ao ofício. Diante da ausência de resposta, buscou-se contato telefônico e ela informou que teria entrado em contato com a Coordenadora do Plano Nacional de Imunização e que a esta teria assegurado que as comunidades quilombolas não estariam na primeira fase. Alegou, portanto, que estaria "cumprindo" o Plano Nacional.

O mesmo coordenador do GTCT da DPU em conjunto com a Defensora Nacional de Direitos Humanos (DNDH) em exercício expediram, então, o OFÍCIO - Nº 4197373/2021 - DPU/GTCT DPGU, direcionado à coordenadora do Plano Nacional, dra. Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, solicitando esclarecimentos sobre o Plano Nacional, mas, do mesmo modo, até agora, só obtiveram o silêncio como resposta.

É fato público e notório, por outro lado, que, até a presente data, a ampla maioria das comunidades quilombolas não foram imunizadas, pois não restou negritada no Plano Nacional a ordem de prioridade entre os diversos grupos ali indicados.

É válido pontuar, ainda, que, além de grupo de alta vulnerabilidade social, em decorrência de vários fatores, como o grau coeso de convivência, as comunidades quilombolas estão situadas em locais de difícil acesso, exigindo uma maior atenção ao planejamento logístico de imunização, assim como orienta o próprio Plano Nacional. Conforme trecho do próprio Plano, não é eficiente o deslocamento repetido e segmentado das equipes de vacinação para essas comunidades. Confira-se:

Não é custo-efetivo vacinar populações em territórios de difícil acesso em fases escalonadas, uma vez que a baixa acessibilidade aumenta muito o custo do programa de vacinação. Além disso, múltiplas visitas aumentam o risco de introdução da covid-19 e outros patógenos durante a própria campanha de vacinação (Fls. 15)

Constatada, pois, a omissão constitucional e a insuficiência do Plano Nacional de Vacinação, é imperioso mesmo concluir que o pedido de aditamento formulado na ADPF nº 742 deve ser julgado procedente.

3. DO DIREITO À VACINAÇÃO NA PRIMEIRA FASE DO PLANO DE VACINAÇÃO

Como já destacado, não há dúvida de que as comunidades quilombolas devem ser tratadas como grupo prioritário em todos os planos de vacinação. Isso é fato incontrovertido, pois foi expressamente previsto no Plano Nacional de Vacinação e foi reconhecido pela própria Advocacia Geral da União no âmbito da https://sei.dpu.def.br/sei/controlador.php?acao=documento_visualizar&acao_origem=protocolo_pesquisar&id_documento=10000004526178&infra_sis... 2/6

Resta, então, examinar a juridicidade do pedido de inclusão das comunidades quilombolas **na primeira fase** dos Planos de Vacinação.

O Brasil não pode fechar os olhos para o seu passado colonial e para o processo histórico de exclusão ao qual foram submetidas as comunidades quilombolas.

Como afirmam as demandantes, as comunidades quilombolas enfrentam uma particular “vulnerabilidade infraestrutural relativa à saúde” e também uma “vulnerabilidade estrutural relativa ao saneamento básico”. Chama-se a atenção, ainda, para o fato de que “o resultado da pandemia de Covid-19 nos territórios quilombolas é alarmante, sobretudo pelas condições socioeconômicas e a precariedade na assistência à saúde nessas localidades. Há preocupação especial com a população mais idosa, sujeitos que possuem particular importância para essas comunidades, posto que são eles e elas que promovem a transferência da memória e da cultura aos mais jovens, garantindo a reprodução étnica, social e cultural dessas comunidades” (p. 22 da peça inicial).

Elas sustentam, outrossim, que há uma evidente relação entre a omissão do Poder Executivo e o maior impacto da pandemia de Covid-19 sobre as comunidades quilombolas.

As requerentes citam, ainda, estudo baseado no Censo Demográfico de 2010 que revela “que os municípios com localidades quilombolas possuem o maior índice de inadequabilidade no saneamento, correspondendo a 23,59% dos domicílios, enquanto nos municípios sem localidades quilombolas, a inadequabilidade está presente em 18% dos domicílios” (p. 28 da peça inicial). Indicam também relatório que aponta que, dentre os 1.672 municípios com localidades quilombolas, 46 não possuem nenhum médico do SUS, 67 possuíam apenas um médico do SUS e 619 entre 2 e 10 médicos do SUS. Em 745 municípios (44%), há um médico do SUS para mais de 1.000 habitantes.

Merce destaque, por fim, o fato de que, dentre os 1.672 municípios com incidência quilombola, **1.485 (89%) não possuem leitos de UTI**.

A persistência dessa realidade de exclusão e de marginalização, evidentemente, provocam uma situação de particular vulnerabilidade social, justificando especial atenção em situações como a de pandemia que assola o país.

O referido processo histórico de discriminação, perseguição e de verdadeira tentativa de extermínio obrigou as comunidades tradicionais (indígenas e quilombolas) a se afastar dos grandes centros em busca de refúgio em locais de difícil acesso. Hoje, esse distanciamento forçado prejudica o acesso às políticas públicas e, por isso, essas comunidades são mais suscetíveis à disseminação de doenças (por conviverem em grupos mais coesos) e não conseguem o adequado tratamento médico (em face dos obstáculos materiais e de transporte).

Justamente por se perceber o grau mais elevado de vulnerabilidade das comunidades indígenas e tradicionais, o Poder Legislativo proclamou que tais comunidades devem ser tratadas - **igualmente** - como grupos prioritários nas medidas de emergência destinadas ao enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. Nos termos do art. 2º da Lei nº 14.021/20, as comunidades quilombolas são consideradas, ao lado dos povos indígenas e das demais comunidades tradicionais, **grupo em situação de extrema vulnerabilidade e de alto risco**, devendo ser destinatárias de ações emergenciais para o enfrentamento da pandemia. Confira-se:

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, portanto, de alto risco e destinatários de ações relacionadas ao enfrentamento de emergências epidêmicas e pandêmicas.

Esse preceito legal está em consonância tanto com os incisos III e IV do art. 3º da Constituição de 1988, segundo os quais constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, como também com o art. 25 da Convenção 169 da OIT, que assegura o direito à saúde aos povos originários e às comunidades tradicionais.

Não bastasse o referido processo de exclusão, as comunidades quilombolas sofrem também com o processo de invisibilização. A ausência de notificação nos levantamentos da política de saúde do critério raça/cor/etnia e das condições socioeconômicas revela a falta de preocupação do poder público em produzir dados que possam compreender, de forma mais individualizada, a realidade da população negra no cenário da pandemia. A postura omisa do poder público, evidenciada pela produção generalista de dados relacionados às condições de saúde população negra, impacta diretamente na promoção de políticas públicas voltada para saúde das CRQs e no cumprimento das metas estabelecidas na Portaria nº 992, de maio de 2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esta elenca como um dos objetivos específicos da política a garantia e a ampliação do “acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde” (vide p. 44, item 143 da petição inicial).

O quadro revela, de fato, um descumprimento manifesto dos preceitos fundamentais que asseguram o direito à saúde.

Não custa repetir.

Sabe-se que a saúde é direito de todos, inerente à vida, matriz de todos os demais direitos constitucionais. No marco da Constituição de 1988, o Estado tem o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O art. 196 da Constituição Federal reservou um lugar de destaque para a saúde, tratando-a de modo inédito no constitucionalismo brasileiro:

Art. 196. **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 igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É cediço que o art. 198 da Carta de 1988 instituiu no Brasil um sistema de saúde público e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o acesso à saúde para os brasileiros não seria uma exclusividade de classes sociais mais abastadas.

O Poder Legislativo estabeleceu, ainda, as normas que conferem contornos concretos à forma de implementação da política pública de saúde. Nesse sentido, o art. 2º, caput e §1º, da Lei nº 8.080/90 determina que:

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

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

As diretrizes e os princípios que devem orientar esse conjunto de ações e serviços de saúde estão também prescritos na lei federal e não podem ser simplesmente ignorados pelo gestor público. É o art. 7º da Lei nº 8.080/90 que os estabelece. Confira-se:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no **art. 198 da Constituição Federal**, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

[...]

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

Perceba-se que o Legislador fixou parâmetros mínimos de provimento do direito fundamental à saúde. O Poder Executivo não pode, portanto, fornecer condições diversas das indispensáveis ao pleno exercício do direito à saúde. Não se trata de ato discricionário do Poder Público. Ninguém é eleito para matar ou deixar morrer a população. Não há mandato popular que se legitime no descumprimento escancarado do texto constitucional.

A discussão sobre a possibilidade do controle jurisdicional das omissões abusivas do Poder Público já foi superada pelos Tribunais Superiores. Essa questão foi, por exemplo, objeto de tese firmada no julgamento de Recurso Extraordinário com Repercussão Geral. É o Tema 793:

Tema 793 - Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o resarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (RE 855178)

Esse entendimento já havia sido assentado pelo Plenário dessa Suprema Corte, no julgamento da Suspensão de Segurança 3.355, Rel. Min. Gilmar Mendes, no sentido de que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, sendo responsabilidade solidária dos entes federados, podendo figurar no polo passivo qualquer um deles em conjunto ou isoladamente. Confira-se a ementa do julgado em que se faz expressa referência à superação do debate sobre a Separação de Poderes:

Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Clopidogrel 75 mg. Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança pública. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento (STA 175-AgR, Rel. Min. Gilmar Mendes, Plenário, DJe 30/4/2010).

A Convenção nº 169 da OIT também prescreve normas especiais para a proteção à saúde das Comunidades Tradicionais. O art. 4.1 da Convenção nº 169 da OIT cria para os Estados signatários o dever de adoção de medidas especiais necessárias para salvaguardar as pessoas que integram as comunidades tradicionais. Confira-se:

Artigo 4º

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.

Do mesmo modo, o art. 7.2 assegura o caráter prioritário da melhoria do nível de saúde dos povos originários nos planos de desenvolvimento econômico, *in verbis*:

Artigo 7º

1. Os povos interessados deverão ter o direito de escolher suas, próprias prioridades no que diz respeito ao processo de desenvolvimento, na medida em que ele afete as suas vidas, crenças, instituições e bem-estar espiritual, bem como as terras que ocupam ou utilizam de alguma forma, e de controlar, na medida do possível, o seu próprio desenvolvimento econômico, social e cultural. Além disso, esses povos deverão participar da formulação, aplicação e avaliação dos planos e programas de desenvolvimento nacional e regional suscetíveis de afetá-los diretamente.

2. A melhoria das condições de vida e de trabalho e do nível de saúde e educação dos povos interessados, com a sua participação e cooperação, deverá ser prioritária nos planos de desenvolvimento econômico global das regiões onde eles moram. Os projetos especiais de desenvolvimento para essas regiões também deverão ser elaborados de forma a promoverem essa melhoria.

Por fim, o art. 25 dessa Convenção garante a disponibilização aos povos tradicionais serviços de saúde adequados a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental. Confira-se:

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.

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

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

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

Portanto, por estar amparada no art. 2º da Lei nº 14.021/20, em convenções internacionais, na Constituição e na própria teleologia do Plano Nacional de Vacinação, deve ser considerada constitucional e procedente a pretensão contida no pedido de aditamento formulado na ADPF nº 742, assegurando-se às comunidades quilombolas de todos os estados o mesmo tratamento garantido às comunidades indígenas, incluindo-as na primeira fase (ou, no máximo, na segunda fase) dos Planos de Vacinação, respeitando-se, assim, o princípio fundamental da isonomia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, este Grupo de Trabalho entende ser procedente e juridicamente adequada a pretensão de aditamento formulada pela CONAQ e outras entidades no âmbito da ADPF nº 742.

Do mesmo modo, diante da ambiguidade e da omissões existentes no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, entende-se que deve ele ser objeto de esclarecimentos para se conformar a prioridade estabelecida pelo art. 2º da Lei nº 14.021/20.

Na mesma linha, a escoreita interpretação do ordenamento jurídico nacional e do próprio Plano Nacional de Vacinação conduz à conclusão de que os planos estaduais de vacinação devem ser orientados em sentido semelhante aos de São Paulo e da Bahia, por exemplo, incluindo as comunidades quilombolas na primeira fase de vacinação, semelhantemente às comunidades indígenas.

Recife, 04 de fevereiro de 2021.

ANDRÉ CARNEIRO LEÃO

Defensor Público Federal

BENONI FERREIRA MOREIRA

Defensor Público Federal

JOÃO JULIANO JOSUÉ FRANCISCO

Defensor Público Federal

JOSÉ ROBERTO FANI TAMBASCO

Defensor Público Federal

MARCOS WAGNER ALVES TEIXEIRA

Defensor Público Federal

[1] Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202101/20161256-plano-estadual-de-vacinacao-contra-covid19-do-rs-atualizado-20012021-v1.pdf>

[2] Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/12/Apresentacao-PEI.pdf>

[3] Disponível em:
<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Plano%20Operacional.%20Estrat%C3%A9gia%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o.pdf>

[4] Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Plano-de-Vacinacao-Covid-19.pdf>

[5] Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Plano-de-Vacinacao-Maranhao-Covid19-Versao-01.pdf>

[6] Disponível em: <https://www.pi.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Plano-operacional-Vacina.pdf>

[7] Disponível em: <https://igesdf.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Plano-Distrital-de-Vacinacao-contra-a-Covid-19-2.pdf>
<http://www.mpap.mp.br/covid19/arquivos/plano-estadual-de-vacinacao.pdf>.

[8] Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzY5NDI%2C>

[9] Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/22_12_SUBVS_JANAINA_VACINA_Covid-19-Municípios.pdf

[10] Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Uw1CX6GeCaVq-Lv1cKXMrLczNd5I9gTl/view>

[11] Disponível em: http://covid19.ac.gov.br/static/v1/docs/vacina/plano_estadual_covid_3_edicao.pdf

[12] Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/sespa-divulga-o-plano-paraense-de-vacinacao-de-covid-19/>

[13] Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/arquivos-1/plano-operacional-da-estratégia-de-vacinação-a-covid-19-paraíba_29_12.pdf

[14] Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/plano_operacional_de_imuniza%C3%A7%C3%A3o_covid-19_EKRUYgU.pdf

[15] Disponível em: https://www.sc.gov.br/images/PLANO_ESTADUAL_VACINACAO_1.pdf

[16] Disponível em: <http://www.crefono5.org.br/wp-content/uploads/2021/01/PLANO-ESTADUAL-DE-VACINAC%C3%A7A%C3%A7A%C3%A3O-MS.pdf>

[17] Disponível em: https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/plano_estadual_de_vacinacao_contra_a_COVID_19.pdf

[18] Disponível em: <https://www.saude.rr.gov.br/index.php/informacoesx/coronavirus/plano-de-contingencia-estadual/file/1924-plano-estadual-de-vacinacao-covid-19>

[19] Disponível em: <https://igesdf.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Plano-Distrital-de-Vacinacao-contra-a-Covid-19-2.pdf>
<http://www.mpap.mp.br/covid19/arquivos/plano-estadual-de-vacinacao.pdf>

[20] Disponível em: <https://files.aredacao.com.br/upload/plano-estadual-vacina-covid19-go-final.pdf>

[21] Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/22_12_SUBVS_JANAINA_VACINA_Covid-19-Municípios.pdf

[22] Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/330945/>

[23] Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-01/PLANO_ATUALIZADO_plano_estadual_de_vacinacao_contra_a_covid_19_sesa_pr_.pdf

[24] Disponível em: https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/PLANO_VACINA_RN-versao-preliminar.pdf

[*1] Contribuíram com a elaboração da pesquisa os/as seguintes pesquisadores/as do Projeto SER Quilombola: Nathália Campos de Oliveira, Igor Luiz Nascimento Matias, Maria Roberta da Silva e Joan Kleber Amorim da Silva



Documento assinado eletronicamente por **João Juliano Josué Francisco, Defensor(a) Público(a) Federal**, em 04/02/2021, às 23:03, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **José Roberto Fani Tambasco, Coordenador(a)**, em 05/02/2021, às 08:25, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Benoni Ferreira Moreira, Coordenador(a)**, em 05/02/2021, às 08:50, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **André Carneiro Leão, Coordenador(a)**, em 05/02/2021, às 09:16, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Thales Arccoverde Treiger, Defensor(a) Público(a) Federal**, em 05/02/2021, às 09:35, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://www.dpu.def.br/sei/conferir_documento_dpu.html informando o código verificador **4232929** e o código CRC **DB637972**.