NOTA POLÍTICA E PARECER JURÍDICO

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil - APIB vem a público demonstrar extrema preocupação com a publicação da Portaria SESAI/MS nº 425, de 13 de maio de 2026, que estabelece novas diretrizes para a atuação da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) na articulação com concessionárias, Estados e Municípios para o fornecimento de água e esgotamento sanitário em comunidades indígenas. Sua publicação gerou imediata preocupação entre organizações indígenas e instâncias de controle social, especialmente diante da ausência de consulta prévia às comunidades afetadas e do potencial impacto sobre o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena construído ao longo das últimas décadas.

O regime jurídico da saúde indígena possui fundamento constitucional e legal próprio. A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como direito fundamental e dever do Estado, ao mesmo tempo em que reconhece aos povos indígenas direitos originários sobre suas terras, impondo à União o dever de protegê-los e fazer respeitar seus bens, culturas, organizações sociais, línguas e tradições. A Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), incorporando à Lei nº 8.080/1990 disposições específicas voltadas à garantia de uma política de saúde diferenciada para os povos indígenas. Entre essas disposições, destaca-se o artigo 19-C, que atribui à União o financiamento do subsistema, bem como o artigo 19-F, que estabelece que o modelo de atenção à saúde indígena deve contemplar, de forma integrada, assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e educação sanitária.

No mesmo sentido, o Decreto nº 3.156/1999 dispõe expressamente que a atenção à saúde indígena constitui dever da União e estabelece como diretriz a restauração das condições ambientais relacionadas ao surgimento de doenças, reforçando a compreensão de que saneamento básico e saúde indígena integram uma mesma política pública. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) consolidou essa lógica ao

reconhecer que as ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e controle de vetores são componentes essenciais da política federal de saúde indígena.

À luz desse marco normativo, verifica-se que a Portaria SESAI/MS nº 425/2026 promove significativa alteração no papel desempenhado pela União na execução das ações de saneamento indígena. O ato normativo estabelece que a SESAI não será responsável pelo pagamento de tarifas de água e esgoto fora das unidades físicas de saúde, impede que os DSEIs solicitem novas ligações de água e esgotamento sanitário para comunidades indígenas e determina que as famílias indígenas passem a realizar, individualmente, os procedimentos necessários junto às concessionárias responsáveis pelos serviços. Além disso, a portaria atribui aos próprios indígenas a responsabilidade pelos custos de conexão das unidades domiciliares às redes de abastecimento e esgotamento, transferindo encargos que anteriormente integravam a esfera de atuação da política pública federal.

A preocupação torna-se ainda mais evidente quando a portaria estabelece que comunidades localizadas em áreas urbanas ou próximas a centros urbanos devem ser atendidas pelos Municípios ou pelas concessionárias locais, vedando a atuação concomitante da SESAI em determinadas situações. Embora a norma invoque dispositivos do Marco Legal do Saneamento Básico e competências municipais previstas na Constituição Federal, sua interpretação desconsidera que o saneamento indígena não se confunde com o saneamento urbano convencional. A legislação específica da saúde indígena trata o saneamento como componente inseparável da atenção diferenciada à saúde, razão pela qual a simples localização geográfica de uma comunidade indígena em área urbana ou periurbana não é suficiente para afastar a responsabilidade da União.

Sob esse aspecto, a portaria produz efeitos concretos de transferência de responsabilidades para Municípios, Estados e concessionárias privadas. Ao restringir a atuação dos DSEIs, vedar novas solicitações de infraestrutura sanitária e impor aos próprios indígenas o ônus financeiro e administrativo das conexões domiciliares, o ato normativo promove um esvaziamento gradual das atribuições federais historicamente exercidas pela

SESAI. Trata-se de movimento que altera substancialmente o desenho institucional concebido pelas legislações, aproximando-se de um processo de municipalização das ações de saneamento básico indígena.

Os impactos potenciais dessa mudança são significativos. Do ponto de vista institucional, há risco de fragmentação da política nacional de saúde indígena, com a transferência de responsabilidades para entes federativos que nem sempre dispõem de capacidade técnica, financeira ou política para atender adequadamente às especificidades dos povos indígenas. Sob a perspectiva financeira, a imposição de custos às famílias indígenas pode dificultar ou inviabilizar o acesso aos serviços de saneamento, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica. Territorialmente, a adoção de critérios vinculados à proximidade de áreas urbanas ignora as formas próprias de ocupação dos territórios indígenas e pode gerar situações de desassistência, nas quais a União deixa de atuar sem que os Municípios assumam efetivamente as responsabilidades correspondentes.

Além disso, a ausência de consulta prévia, livre e informada às comunidades indígenas e às instâncias de controle social da saúde indígena representa elemento de especial gravidade. A adoção de medida administrativa com potencial de impactar diretamente direitos indígenas sem a observância dos mecanismos de participação previstos na Convenção nº 169 da OIT, na legislação do SUS e na própria estrutura do controle social da saúde indígena compromete a legitimidade do ato normativo e pode ensejar questionamentos administrativos e judiciais.

Diante desse cenário, a Portaria SESAI/MS nº 425/2026 é incompatível com o regime jurídico específico da saúde indígena. Embora formalmente não extinga a atuação da União, a norma promove transferência substancial de responsabilidades e cria mecanismos que tendem à municipalização do saneamento básico indígena, em desacordo com o modelo diferenciado de atenção à saúde previsto na legislação brasileira. A manutenção de seus efeitos pode representar significativo retrocesso na proteção dos direitos dos povos indígenas.