

05/02/2019

Número: **5000780-70.2017.4.03.6002**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

Órgão julgador: **1ª Vara Federal de Dourados**

Última distribuição : **18/12/2017**

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

Assuntos: **DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Saúde Mental**

Objeto do processo: **O Ministério Público Federal, a Defensoria Pública da União e a Defensoria Pública do Estado do Mato**

Grosso do Sul pleiteiam, em sede de liminar, que os requeridos União Federal, Estado do Mato Grosso do Sul

e Município de Dourados apresentem cronograma de execução para a implementação de política pública

específica destinada à saúde mental dos indígenas da Reserva de Dourados, com a explicitação dos

indicadores a serem monitorados, as respectivas ações e os órgãos responsáveis por cada uma delas, no prazo

de 60 (sessenta) dias, e, ao final, a confirmação da tutela.

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MINISTERIO PUBLICO FEDERAL - PR/MS (AUTOR)			
DEFENSORIA PUBLICA DA UNIAO (AUTOR)			
DEFENSORIA PUBLICA GERAL DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL (AUTOR)			
UNIAO FEDERAL (RÉU)			
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL (RÉU)			
MUNICIPIO DE DOURADOS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39727 38	18/12/2017 19:12	ACP - Petição Inicial_assinada	Petição inicial - PDF



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS

Rua José Corrêa de Almeida, 2.220, Jd. Climax - Cep: 79.820-155 - Dourados - MS - Fone: (67) 3411-1700 - www.prms.mpf.gov.br

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ FEDERAL DA __ VARA DA 2ª SUBSEÇÃO
JUDICIÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - DOURADOS

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL e a DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, por intermédio do procurador da República signatário e dos Defensores Públicos subscritores, no exercício de suas funções institucionais, vem, perante Vossa Excelência, com fundamento no art. 129, incisos II e III e no artigo 134 da Constituição Federal; art. 5º, I, da Lei n. 7.347/85, arts. 5º, I, "h" e 6º, XIV, "f" da Lei Complementar n. 75/93; art. 4º, VII, VIII e X da Lei Complementar n. 80/94, e no Procedimento Administrativo instaurado no âmbito da Procuradoria da República no município de Dourados sob o n. 1.21.001.000064/2011-86, propor a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

com pedido de tutela provisória

em desfavor de:

UNIÃO FEDERAL, pessoa jurídica de direito público, representada pela Advocacia-Geral da União, cuja sede neste Estado está localizada na Rua Rio Grande do Sul, n. 665, Jardim dos Estados, Campo Grande/MS;





ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, pessoa jurídica de direito público interno, representado pela Procuradoria Geral do Estado, com sede na Avenida Desembargador José Nunes da Cunha, Parque dos Poderes, Bloco IV, CEP 79031-310, na cidade de Campo Grande/MS;

MUNICÍPIO DE DOURADOS, pessoa jurídica de direito público interno, representada pela Procuradoria Municipal, com sede na Rua Coronel Ponciano, n. 1.700, Parque dos Jequitibás, Dourados/MS.

1. DOS FATOS

1.1 - Do contexto fático relativo à criação da Reserva Indígena de Dourados pela UNIÃO FEDERAL

Para enfrentar a questão dos índios e de suas terras em virtude da expansão da colonização para o interior do país, em meio às tendências políticas¹ entre os séculos XIX e XX, defendeu-se a criação de um órgão de proteção - amparado por princípios legais.

Neste contexto, nasce o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI/LTN), criado pelo Decreto n. 8.072 em 1910, órgão vinculado ao Ministério da Agricultura até 1930, passando a integrar o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio depois disso. A ligação temática seria em razão da “*matéria de intervenção governamental*” com vistas a uma “*pedagogia para o progresso no campo*”.²

A opção pela assimilação ao invés do extermínio deveu-se à verificação do “problema indígena” enfrentado pelos americanos.³

- 1 BRAND, Antônio; ALMEIDA, Fernando Augusto Azambuja de Almeida. A ação do SPI e da FUNAI junto aos Kaiowá e Guarani. VII RAM – UFRGS, Porto Alegre, Brasil, GT 08: Violência Estatal, Indigenismo e Povos indígenas. Coordenação: Cristhian Teófilo Silva e Luiz Eugênio Campos Muñoz, p.2.
- 2 Idem, p.3.
- 3 IBLANCHETTE, Thaddeus Gregory. *Cidadãos e Selvagens: antropologia e administração indígena nos Estados Unidos*, 1870-1890. Rio de Janeiro: E-papers, 2013. p.70.



Então, valendo-se das mesmas bases que consideravam “*que disciplinar e civilizar os índios seria uma solução bem mais econômica do que eliminá-los fisicamente*”,⁴ optou-se pela criação das Reservas Indígenas.

Não por outra razão os objetivos que nortearam a criação do órgão da administração pública federal foi o de “*colocar essas populações sobre a égide do Estado, através do instituto da tutela, prometendo assegurar-lhes assistência e proteção, tornando efetiva e segura a expansão capitalista nas áreas onde havia conflito entre índios e fazendeiros.*” Pelo apresentado é evidente que a própria “*proteção oficial*” ligada aos trabalhadores rurais já demonstrava a intenção do Estado de que os índios transitassem para a categoria de trabalhadores rurais⁵.

“A solução americana [ao problema indígena] fazia parte de uma idéia de progresso — o progresso americano. Ela entendia as culturas como boas na medida em que estas permitiam o desenvolvimento completo da natureza moral, essencial e absoluta do Homem. O Homem realizava essa natureza progredindo historicamente e melhorando, avançando do simples ao complexo e da selvageria à civilização. O acesso americano ao oeste seria visto, de fato, como uma reprodução desse progresso histórico. **O selvagem era entendido como alguém que não havia progredido — e, de fato, não poderia progredir** — em relação à civilização, **e seria, então, necessariamente destruído pelo civilizado**, o bem maior subsumido ao bem menor.[...] Se no período colonial os americanos tentavam comprovar que o destino do selvagem e do civilizado era único, esse esforço pereceu — como tinha que perecer — após 1775. Depois da Revolução, os americanos, ao tentarem conhecer seu destino único, começaram a entender esse destino em termos dos selvagens que supostamente dele não podiam compartilhar (Ibid, 1953:48-49)”.

“**Os teóricos [da remoção] subestimaram aqueles índios, os quais tentavam mover por aí como peças em um tabuleiro de xadrez.** Os índios eram profundamente ligados a seus territórios, e as condições topográficas e climáticas eram psicologicamente, senão fisicamente, de tremenda importância para seu bem-estar. Os Sioux, há muito aclimatados às pradarias do norte, previam apenas miséria e desastre se tivessem que se mudar para as terras (na verdade melhores para o plantio) no sul do Território Indígena. O bando Nez Perce do Chefe Joseph lutou para retomar do Território indígena para o Idaho (finalmente conquistando esse objetivo em 1884) e os Cheyenne setentrionais de Dull Knife irromperam do mesmo lugar em 1878 para demonstrar que os índios não se submetiam passivamente à realocação, e eram capazes de lutar com sucesso contra ela.”

Neste ponto, surge a intervenção do Bureau of Ethnology do Smithsonian Institution.(BE) “**(...) o Bureau foi originalmente promovido por seu primeiro diretor, John Wesley Powell, a uma instituição que forneceria ao Congresso e ao OIA a informação de que precisavam para transformar a vida indígena e, de uma vez para sempre, resolver a questão indígena.**” Como exposto por ASAD, “*A antropologia também contribuiu, algumas vezes indiretamente, para a manutenção do poder representado pelo sistema colonial*”. No caso em tela, claro a contribuição direta para uma intervenção que acarretaria profundos resultados negativos na população indígena norte-americana.

Nesse cenário, Powell e os etnólogos associados a ele remeteriam sua posição assimilacionista a uma ordem natural, por hipótese cientificamente observável, e formariam uma muralha contra as propostas de que “à natureza seja permitido seguir o seu curso” e aos índios sejam “deixados a morrer”. Eles forneciam uma justificativa racional para a extensão do biopoder federal sobre os grupos indígenas, uma intensificação das políticas dirigidas para “*gerar forças, fazê-las crescer e ordená-las, em lugar de uma política dedicada a bloqueá-las, fazê-las submeter-se ou destruí-las*”. Na última análise, como veremos abaixo, **os etnólogos do BE foram capazes e estavam dispostos a argumentar que disciplinar e civilizar os índios seria uma solução bem mais econômica do que eliminá-los fisicamente** (FOUCAULT, 1984: 259).

- 4 Verificar citação precedente.
- 5 BRAND. Idem, p. 3.





A ação de demarcação de terras do SPI visava reservar espaços nos quais o estágio transitório, à época assim considerado, no qual viviam os índios, os levassem à integração à comunhão nacional. Isto acarretaria, também, imediata⁶ liberação dos territórios de ocupação tradicional indígena para a colonização.

Com isso quer se dizer que “*O grande cerco de Paz*” rondoniano e a propalada “*proteção*” ao indígena se fundou na opção governamental, iniciada no governo imperial e mantida no governo republicano entre o custoso extermínio dos indígenas (sujeito igualmente ao escrutínio internacional, como efetuado no Congresso dos Americanistas de 1908, ocasião em que foi cobrada uma ação protetora mais efetiva do Estado Brasileiro) e o projeto assimilacionista, com a incorporação dos indígenas como mão de obra.

A atuação do SPI junto aos Guarani Kaiowá iniciou-se em 1915, concomitantemente à primeira quebra da Cia Matte Larangeira, sendo que, nesse mesmo ano, a Resolução n. 725 abriu a possibilidade de venda de áreas a terceiros, ainda que insere nos ervais, restando, ademais, assegurado aos posseiros, tidos pela Companhia como opositores, o direito de aquisição da terra ocupada.⁷ Essa atuação permitiu, também, a criação da primeira reserva para os índios – Benjamin Constant, em Amambai (Decreto Estadual n. 404, de 10/09/1915).

Posteriormente, duas outras reservas foram criadas através dos Decretos Estaduais n. 401, de 03/09/1917 e 684 de 20 de novembro de 1924, atualmente, localizadas nos municípios de Dourados e Caarapó. Frise-se, todas as três áreas tiveram seus perímetros originais diminuídos significativamente, com posterior legitimação desses atos através da confecção de títulos a particulares, pelo próprio Estado.⁸

À época, houve intensa corrida às áreas liberadas, marcada por violência, desorganização, especulação e corrupção tamanha que entre os anos de 1950 e 1966 o Departamento de Terras do Estado de MT foi fechado por três vezes.⁹ A forte pressão, inclusive sobre as áreas reservadas aos indígenas, e a dificuldade de localizar terras desprovidas de títulos para constituição de novas reservas também restou retratada por meio

6 BRAND, Antônio. p. 4.

7 BRAND, Antonio. “Conflitos de Direitos sobre as Terras Guarani Kaiowá no Estado do Mato Grosso do Sul”. São Paulo: Palas Athena, 2000, p. 110.

8 Ibidem. Páginas 112 e 122.

9 Ibidem. p. 94.



de diversos documentos, dentre eles, relatórios de agentes do próprio SPI.¹⁰

As fontes documentais retratam que, em alguns casos, houve a retirada dos indígenas de seus antigos aldeamentos porque, com relação àquela área em que estavam, o Estado conferiu títulos a particulares. Por conseguinte, eram removidos e alocados nas reservas mais próximas.¹¹

Essas reservas eram eleitas tendo em conta, predominantemente, a aglomeração indígena nos arredores, o tipo de terra e a existência de área devoluta.¹² Acerca da temática, de suma importância trazer à colação passagem do saudoso estudioso sobre os povos indígenas de Mato Grosso do Sul, Antônio Brand.¹³

“Uma administração regional do SPI instalou-se, em Campo Grande, MS, para atender os índios localizados no sul do então estado de Mato Grosso e São Paulo.

(...)

Os Kaiowá e Guarani viviam espalhados por uma ampla região em ambos os lados da fronteira entre o Brasil e Paraguai, reunidos, fundamentalmente, em grupos macrofamiliares.

(...)

Os critérios utilizados pelo SPI na demarcação das reservas de terras a serem destinadas aos Kaiowá e Guarani foram de três ordens: Um primeiro critério dizia respeito à significativa concentração de índios, o que em muitos casos estava relacionada às atividades de coleta da erva-mate e, portanto, ao trabalho dos índios na colheita da erva. Um segundo aspecto dizia respeito à disponibilidade da terra, ou seja, a inexistência de outros pretendentes para o espaço naquele momento ocupado pelos índios. E, finalmente, à qualidade da terra, ou seja, a busca de terras mais aptas para a agricultura.”

Nesse aspecto, enquanto as áreas tradicionais localizavam-se nas proximidades dos córregos e em terrenos cultiváveis, o perímetro reservado, não raras vezes, deu-se em áreas de cerrado.

¹⁰ Ibidem. p. 111.

¹¹ Ibidem. p. 112.

¹² Ibidem. f. 113.

¹³ BRAND, Antônio; ALMEIDA, Fernando Augusto Azambuja de Almeida. A ação do SPI e da FUNAI junto aos Kaiowá e Guarani. VII RAM – UFRGS, Porto Alegre, Brasil, GT 08: Violência Estatal, Indigenismo e Povos indígenas. Coordenação: Cristhian Teófilo Silva e Luiz Eugênio Campos Muñoz.





Com essa atuação, esses indígenas que, antes, migravam dentro do seu território tradicional (*oguata*) sempre que determinadas condições tornavam-se indesejáveis, como, por exemplo, a qualidade da terra, deixaram de ter essa prerrogativa passando a limitarem-se às fronteiras das reservas. Ou seja, a realidade socio-econômica, política e religiosa do grupo restou frontalmente atingida com a política instituída.

Foi exatamente o que aconteceu com a Reserva Indígena de Dourados, oficializando-se, assim, um amplo processo de confinamento compulsório dos índios Kaiowá e Guarani dentro da pequena área a eles destinadas.

O anterior caráter dinâmico da ocupação tradicional restou obstado pela “Grande Cerca da Paz” estabelecida pelas reservas. Se não bastasse, com o intuito de acelerar o processo assimilacionista e transformar os indígenas em detentores de propriedade privada, houve a divisão da área em lotes.

Com isso, malgrado a permanência da estrutura da família extensa, a mudança para a reserva acarretou alterações na sua forma de produção e, principalmente, a proximidade com as demais famílias extensas. **Os focos de tensão, derivadas de busca de *status* político, posições de liderança ou evidência, busca por espaço para moradia ou produção, ou ainda, preferência na distribuição dos recursos assistenciais, representarão importante elemento a ser considerado nos registros de violência.**

Verifica-se, portanto, que a política adotada pela **UNIÃO** destruiu territorialidades históricas e culturalmente diferenciadas dando causa a sérios conflitos internos dentro da área demarcada. Esse fato somado à indiferença hostil demonstrada pelo Estado para com a população da Reserva Indígena de Dourados acarreta um dos maiores índices de criminalidade do Brasil.

1.2 - Do contexto fático relativo à (inexistente) prestação do serviço segurança pública na Reserva Indígena de Dourados

Considerando os índices de criminalidade alarmantes e crescentes – enquanto os índices de violência para a cidade de Dourados mostravam-se



decrecentes – e esgotadas as tentativas de composição extrajudicial, no ano de 2011 foi proposta a Ação Civil Pública n. 0001049-10.2011.4.03.6002 em face da **UNIÃO FEDERAL, FUNAI e ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL** tendo por objeto a realização de policiamento ostensivo/preventivo no interior das Comunidades Indígenas de Dourados e Caarapó.

Aos 07 de abril de 2011, o *i.* Magistrado deferiu o pedido de antecipação dos efeitos da tutela postulado na exordial determinando “*que a União Federal e a FUNAI promovam a imediata segurança da Reserva Indígena de Dourados, por meio de, no mínimo, um efetivo de 12 (doze) policiais para atender as Aldeias Bororó e Jaguapirú – Dourados/MS.*”

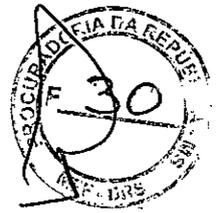
A partir de então, diversas tratativas foram levadas a efeito, com a participação concorrente das esferas federal e estadual, com o objetivo primordial de instalar a conhecida “Polícia Comunitária” (policiamento ostensivo), sempre levando em conta as peculiaridades culturais, tais como a agregação de etnias (Guaranis, Kaiowás e Terenas), proximidade do centro urbano, concentração populacional e diversos outros fatores que tornam a Comunidade Indígena de Dourados merecedora de tratamento diferenciado.

Como resultado, **UNIÃO FEDERAL e ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL** firmaram Acordo de Cooperação Técnica publicado no Diário Oficial da União aos 05 de março de 2012. No entanto, o referido ajuste nunca foi executado. Três anos depois um novo Acordo de Cooperação foi firmado entre órgãos federais e estaduais de segurança pública com vigência de 01 (um) ano – até junho de 2016.

Segundo consta, a SENASP doou as 07 (sete) caminhonetes e 12 (doze) motocicletas constantes do Acordo de Cooperação Técnica, no entanto, o “*serviço de proximidade nos Municípios de Dourados e Caarapó, nas regiões de concentração de população indígena localizadas nestas localidades*” não foi prestado pelo **ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**.

Paralelamente a essas tratativas, com os índices de criminalidade em disparada, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** propôs a ação civil pública n. 0001889-83.2012.4.03.6002 em razão de o **ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL** ter





editado um **Parecer**, com **caráter vinculante**, impedindo as forças policiais estaduais de procederem a qualquer atendimento nos limites de terras indígenas quando contatadas por intermédio do telefone 190.

Informados esses fatos a esse *i.* Juízo, aos 09 de novembro de 2012 restou deferido o pedido liminar, consignando-se o seguinte na *r.* decisão:

“(…) As respostas para essas duas perguntas são negativas. Não há fundamento constitucional para a distinção de tratamento e para a negativa de prestação do serviço de segurança pública pelos entes estatais, no caso dos autos, especificamente o atendimento emergencial e a consequente apuração e repressão de delitos, no que se refere aos indígenas no âmbito de suas reservas.

Não custa lembrar que o réu presta esse serviço a todos os cidadãos, mas no tocante aos indígenas, na área de suas reservas, imputa à União a responsabilidade por prestar esse mesmo serviço. Como foi reconhecido acima, o indígena possui direito à segurança pública, sem distinção de tratamento em relação aos demais cidadãos. Restar, pois, buscar no arcabouço constitucional, norma que eventualmente atribua à União, e não ao Estado-membro, a responsabilidade pelo atendimento emergencial nas aldeias.

Ente estatal competente para o atendimento emergencial (policiamento ostensivo), em relação aos indígenas, na área de suas reservas: **Inicialmente, parece-me irrelevante se o documento Ofício/PGE/GAB n. 817/2009 (fls. 110/112), de lavra do Procurador-Geral do Estado, possui a natureza de ofício e não de parecer, ou se tem ou não efeito vinculante. Basta reconhecer aqui que as polícias civil e militar invocam referido documento para justificarem o não atendimento das ocorrências, situação que é ratificada pelas informações prestadas pelo réu, que adota a mesma tese esposada no referido documento** (fls. 218/235).

A partir desse ofício, e com base nele, as polícias civil e militar do Estado deixaram de atender as ocorrências nas reservas indígenas, sob o argumento de afronta à competência da Polícia Federal, tanto o atendimento emergencial, até então prestado pela polícia militar estadual, como o serviço de polícia judiciária (investigação), até então prestado pela polícia civil.

Não há qualquer dúvida quanto a esses fatos, conforme consta expressamente em inúmeros documentos carreados aos autos.

Pois bem. Novamente vamos buscar no texto constitucional



normas que definam as competências de cada ente estatal e as atribuições de cada um de suas polícias.

(...)

Vale a pena ressaltar que nos casos de **atendimento emergencial** estamos falando de flagrante delito, e nessas hipóteses, além dos casos de necessidade de prestação de socorro, nem mesmo a casa é inviolável (art. 5º inciso XI da CF). A segunda questão: foi lamentável o episódio em que dois policiais foram vítimas de homicídio; mas fica claro que se tratou de um caso isolado. No caso, o policial é obrigado, por dever de ofício, a enfrentar o perigo. Nem mesmo pode invocar o estado de necessidade, excludente de ilicitude garantida aos cidadãos comuns (art. 24 1º do CP). Trago à lume a triste experiência vivida atualmente pela cidade de São Paulo/SP, em que, apenas neste ano de 2012, quase uma centena de policiais militares foram assassinados. Nem por isso estão se recusando a exercer suas funções. Por último, não obstante seja objeto da outra ação e não desta, não posso deixar de consignar aqui a existência do "**Acordo de Cooperação Técnica**" firmado entre os entes (União e Estado-réu) e seus órgãos (fls. 277/281).

Embora seu objeto seja mais amplo que aquele buscado nesta ação, não se pode negar que **seria um avanço no cumprimento, pelo Estado, da segurança pública a seus cidadãos, no caso em apreço, especificamente aos indígenas no âmbito de suas reservas, com a criação do denominado "policamento comunitário"**. E esse trabalho seria executado pelas polícias estaduais, com obrigações e contrapartidas também para a União.

No entanto, basta uma rápida análise do plano elaborado pelo réu para perceber que o impasse está longe de ser resolvido. O documento acostado às fls. 448/468 aponta para exigências não constantes do acordo original, principalmente de cunho financeiro, o que deve atrasar sua conclusão e implantação.

Como exaustivamente já exposto, o indígena não pode esperar esse desfecho. Assim, cumpre ao réu, por suas polícias, o desempenho das atividades objeto da ação. Não vislumbro o alegado *periculum in mora* inverso. O réu já prestava o serviço anteriormente e não demonstrou a impossibilidade técnica de voltar a prestá-lo.

(...)

Diante de todo o exposto, concedo a antecipação dos efeitos da tutela, para o fim de determinar ao réu, Estado de Mato Grosso do Sul, que passe a prestar, imediatamente, por intermédio de suas polícias (civil e militar), atendimento





emergencial aos indígenas, notadamente aqueles solicitados pelo telefone "190" e no interior das reservas indígenas, para apuração e repressão de delitos contra a vida, patrimônio e a integridade psicofísica.

Em consequência, suspendo os efeitos do Ofício/PGE/GAB nº 817/2009 (fls. 110/112), de lavra do Procurador-Geral do Estado, e de quaisquer outros atos administrativos de lavra do réu ou de seus agentes, os quais possam ser invocados como fundamento pelas polícias para o descumprimento da presente determinação. (...)"

Presentes os mesmos pressupostos fáticos, ação análoga foi ajuizada perante a 6ª Subseção Judiciária do Estado de Mato Grosso do Sul - Naviraí (0001641-08.2012.4.03.6006), restando também deferida a liminar em desfavor do ente estadual, cassando, igualmente, o parecer da Procuradoria-Geral do Estado.

Intimada das decisões judiciais, a Secretaria de Segurança Pública editou a Resolução SEJUSP /MS/Nº 638, de 26 de dezembro de 2012 com o seguinte teor:

“Dispõe sobre o cumprimento de ordem judicial proferida pelo Juízo da 1ª Vara Federal de Dourados da 2ª Subseção Judiciária de Mato Grosso do Sul nos autos da Ação Civil Pública nº 0001889-83.2012.403.6002, em que são partes o Ministério Público Federal e outro e Estado de Mato Grosso do Sul; e da ordem judicial proferida pelo Juízo da 1ª Vara Federal de Naviraí da 6ª Subseção Judiciária de Mato Grosso do Sul nos autos da Ação Civil Pública nº 001641-08.2012.403.6006, em que são partes o Ministério Público Federal e o Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 72, inciso II, da Lei nº 2.152, de 27 de dezembro de 2000, e CONSIDERANDO...

(...)

RESOLVE:

Art. 1º - Dar cumprimento a decisão de antecipação dos efeitos da tutela proferida em ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal, em tramite na 1ª Vara Federal de Dourados da 2ª Subseção Judiciária de Mato Grosso do Sul sob o nº 0001889-83.2012.403.6002 e a decisão de antecipação dos efeitos da tutela proferida em ação civil



pública movida pelo Ministério Público Federal, em trâmite na 1ª Vara Federal de Naviraí da 6ª Subseção Judiciária de Mato Grosso do Sul sob o nº 001641-08.2012.403.6006, que determinaram ao Estado de Mato Grosso do Sul, que passe a prestar, imediatamente, por intermédio de suas polícias Civil e Militar, atendimento emergencial aos indígenas, notadamente aqueles solicitados pelo telefone “190” e para apuração e repressão de delitos contra à vida, patrimônio, honra e a integridade psicofísica, ocorridos dentro ou fora de terras indígenas.

Art. 2º - Acolher à sugestão do Procurador-Geral do Estado e determinar que sejam efetuados o atendimento emergencial e apuração e repressão de delitos no interior das reservas indígenas em todo o Estado de Mato Grosso do Sul, nos termos das citadas decisões judiciais, enquanto estas perdurarem.

(...)

V – Conforme determinação judicial encontram-se suspensos os efeitos de quaisquer atos administrativos que possam ser invocados como fundamentos para descumprimento das referidas ordens judiciais. (...)

Desta feita, enquanto os órgãos incumbidos constitucionalmente da prestação do serviço essencial de segurança pública se negam a fazer tais atendimentos, a Reserva Indígena de Dourados se torna um espaço imune à ação estatal e livre para a entrada e circulação de toda a sorte de ilícitos, especialmente o ingresso de entorpecentes e, por consequência, um espaço permissivo para os mais graves atos de violência.

1.3 - Da implementação de políticas públicas essenciais na Reserva Indígena de Dourados unicamente através de provimentos jurisdicionais

Não é outra a sorte da Comunidade Indígena com relação aos serviços básicos de educação. No ano de 2014 o **MUNICÍPIO DE DOURADOS** informou que aproximadamente 600 (seiscentas) crianças encontravam-se fora da escola por ausência de vagas nas unidades de ensino. Os Professores Indígenas afirmavam que esse quantitativo era muito superior. Além disso, as escolas em funcionamento estavam





superlotadas e as salas improvisadas sem as condições mínimas para a promoção da educação necessária.

O Relatório do “I Fórum – Diagnóstico Situacional das Escolas Indígenas de Dourados”, de **12 de maio de 2014**, encaminhado pela Procuradoria-Geral do Município através do Ofício n. 110/2014/PGM¹⁴ traz o total de 3.703 (três mil, setecentos e três) alunos matriculados nas 07 (sete) escolas municipais do município, sendo que 06 (seis) delas localizam-se na Reserva Indígena de Dourados.

Do documento, em conclusão, consta ainda:

“Todos os relatos ouvidos, questionados pelos pais, lideranças, comunidades em geral, **foi enfática a falta de estrutura para atender a grande demanda que existe na terra indígena de Dourados, onde aproximadamente quatro mil crianças encontram-se em idade escolar, dessas crianças há quase 600 fora da sala de aula.** Um número alarmante requerendo uma ação de curto prazo, uma vez que os direitos garantidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estão sendo violados, afim [sic] de garantir o cumprimento do direito da criança, ter materializado em sua vida a educação. Como preconiza Constituição Federal de 1988.”

Por fim, consta do procedimento referenciado, expediente nominado “Aldeias Jaguapiru e Bororó – Profissionais da Educação Escolar Indígena – Carta Denúncia sobre a situação das Escolas Indígenas” endereçado ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL e CONSELHO TUTELAR donde se lê:

“(…)

De acordo com os dados dos SIASI/2014, há atualmente 4.700 crianças de 5 a 16 anos nas aldeias Jaguapiru e Bororó. Já na rede municipal de Ensino em 2014 temos 3.535 alunos matriculados nas escolas indígenas. Subtraindo o total de crianças existentes nas aldeias (4.700) menos os matriculados nas escolas indígenas (3.535) encontramos 1.165 alunos que teoricamente estariam fora da sala de aula.

No entanto, vamos considerar que em torno de 25% desse total (292 crianças) buscaram outros meios para garantir suas matrículas, seja em outro município (Itaporã) ou em alguma outra escola da cidade de Dourados.

14 Documentos constantes da Ação Civil Pública n. 0002958-82.2014.403.6002.



Logo, teremos em torno de 873 crianças que ficaram fora da sala de aula por falta de vagas, de acordo com a nossa projeção.

(...)”

A grave situação ensejou o ajuizamento da ação civil pública n. 0002958-82.2014.403.6002 no bojo da qual foi firmado acordo com o **MUNICÍPIO DE DOURADOS**, homologado judicialmente, para a criação de novas vagas nas unidades de ensino básico.

Para além dos direitos fundamentais à segurança pública e à educação, o panorama fático demonstra que os serviços mais básicos não são prestados e, para garantir o mínimo existencial aos quase 14.000 (catorze mil) indígenas que residem naquela Terra Indígena, resta aos órgãos constitucionalmente destinados a tanto ajuizar diversas ações conhecidas por esse *i. Juízo* na busca incessante por uma dignidade mínima para esses povos, exemplificativamente:

0003543-76.2010.4.03.6002 – Execução de TAC firmado com a FUNAI para garantia do **direito à terra** (art. 231 da Constituição Federal);

0001048-25.2011.4.03.6002 – Ação Civil Pública para garantia do direito à **água potável**;

0001049-10.2011.4.03.6002 – Ação Civil Pública para garantia do direito à integridade física (**segurança pública** - policiamento ostensivo);

0001889-83.2012.4.03.6002 – Ação Civil Pública para **garantir que os indígenas fossem atendidos pelo telefone 190 (emergência)**;

0001650-79.2012.4.03.6002 – Ação Civil Pública para garantia da execução de medidas mitigadoras e compensatórias devidas em razão da duplicação de uma rodovia estadual que corta a Aldeia de Dourados, diante da recalcitrância do poder público;

0002958-82.2014.4.03.6002 – Ação Civil Pública para garantia do **direito à educação** – em Dourados, aproximadamente 600 (seiscentas) crianças Guarani-Kaiowá se encontravam fora das salas de aula por ausência de vagas;





0003953-95.2014.4.03.6002 – Ação Civil Pública para garantia do direito de ir e vir – recuperação das estradas da Aldeia, o que impossibilitada o tráfego dos ônibus escolares, ambulâncias, viaturas policiais e o acesso, pelos indígenas, ao núcleo urbano.

1.4 - Do contexto fático relativo à (inexistente) atenção à saúde mental indígena

Os fatos a seguir narrados encontram lastro no Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86, no Inquérito Civil n. 1.21.001.000355/2006-15 e nos documentos acostados aos autos judiciais n. 0001049-10.2011.403.6002 e 0001889-83.2012.403.6002, em trâmite, respectivamente, perante a 1ª Vara e 2ª Vara desta 2ª Subseção Judiciária do Estado de Mato Grosso do Sul.

Segundo consta, no ano de 2011 foi instaurado o Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 tendo por escopo acompanhar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Indígena – Álcool e Drogas (CAPS-AD Indígena) no município de Dourados.

À época, aportou nesta Procuradoria da República o **“Projeto para Saúde Mental Indígena – Município de Dourados”**,¹⁵ elaborado entre os anos de 2009-2010 sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde pelos profissionais médicos especialistas em saúde mental Helder Lúcio Ganacin, José Roberto Barcos Martinez, Luciana Nabão Marra Ganacin, Mário Eduardo Rocha Silva e Sandra Regina De Magalhães Rocha Silva.

A título de introdução, expõe-se:

“Atualmente, a população da reserva indígena de Dourados cresce de maneira exponencial, principalmente em decorrência das ações de saúde promovidas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com diminuição da mortalidade infantil nos últimos quatro anos e com manutenção de expressiva taxa de natalidade sem a contrapartida de aumento territorial, o que a torna mais populosa. Tal situação de confinamento implica em considerável agravamento das tensões psicossociais e

15 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 03-40.



étnico-culturais dentro das aldeias, com impacto direto sobre os problemas de saúde mental, ainda mais se consideradas as peculiaridades mitológicas e tradicionais dos indígenas. Diante desse cenário é preciso considerar um modelo de atenção à saúde mental indígena adequado às suas particularidades, assim, o projeto de um Centro de Atenção Psicossocial Indígena será capaz de responder a essas necessidades.”

Quando da análise situacional das aldeias Jaguapiru e Bororó, o estudo denota que somente a partir da Lei n. 9.836, de 1999, com a criação da FUNASA, essas comunidades passaram a ter acesso aos serviços de saúde (atenção básica), porém, **não contam com atenção especializada em saúde mental apesar da alta demanda** – alcoolismo, violência, suicídios, *“além de vários pacientes tidos como psiquiátricos atendidos pelas equipes de saúde básica da FUNASA”*.¹⁶

Com relação à rede de saúde mental do Município de Dourados, consta que o município dispõe de um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II), uma Residência Terapêutica e um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD), *“porém, nenhum deles atende às especificidades indígenas”*.¹⁷

No dia 07 de março de 2012 os representantes do Ministério da Saúde estiveram em Dourados e, indagados sobre o Projeto que buscava implementar um CAPS-AD Indígena informaram que *“apesar do louvável teor do projeto, por não preencher requisitos de ordem formal (nomenclatura inexistente naquele Ministério) ser[ia] inapto à efetivação do serviço”*.¹⁸

Posteriormente, após dados de outros órgãos aportarem nesta Procuradoria da República, inclusive provocações relacionadas à implementação do projeto elaborado pelos profissionais da FUNASA, indagada, a Secretaria Municipal de Saúde de Dourados ofertou os seguintes esclarecimentos aos 23 de abril de 2012:¹⁹

“Senhor Procurador,

Em atendimento à CI n. 173/GAB/PGM/2012, esclarecemos que essa Secretaria vem participando de várias reuniões com representantes do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado de Saúde (SES), Secretaria Especial de Saúde Indígena

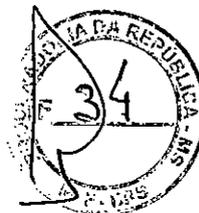
16 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 06-07.

17 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 10.

18 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 50-51.

19 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 77-78.





(SESAI), Pólo Indígena de Dourados e Conselho Indígena sobre a viabilidade de **instituir um serviço de saúde mental voltado especificamente para esta população uma vez que a modalidade existente atualmente – CAPS AD não atenderia nem resolveria o problema na área de saúde mental indígena.**

Informamos que em 03/02/12 enviamos técnicos desta pasta para estudar e discutir as diversas portarias ministeriais da área da saúde mental junto aos técnicos da SES e, assim, propor um modelo de unidade que obtivesse financiamento de custeio baseado em tais portarias.

Em seguida, 07/03/12, foi realizada uma reunião aqui em Dourados com a responsável técnica da Saúde Mental do MS (Sra. Milena), representantes da SES, esta Secretaria Municipal, Polo Indígena de Dourados e Ministério Público Federal que teve por objetivo apresentar a problemática indígena e as perspectivas de implantação deste serviço na área indígena. Esta equipe, inclusive, visitou o CAPS AD municipal bem como o Polo Esportivo Indígena, pois o mesmo foi citado e sugerido como parte integrante desta nova proposta.

Após discussão sobre a **possibilidade de implantar um CAPS AD tradicional** em detrimento de experimentar um dispositivo inovador de CAPS indígena deu-se como encaminhamento desta reunião que a Sra. Milena faria uma devolutiva sobre as propostas apresentadas, após levar o assunto ao Ministério da Saúde, porém, até o momento, não fomos contatados por parte de Brasília-DF.

Esclarecemos também que uma das dificuldades em implantar tal serviço não se resume ao custeio, embora seja parte importante a ser discutida, uma vez que os incentivos financeiros federais e estaduais não são suficientes para garantir a efetiva implantação do CAPS AD, implicando em investimento por parte do município.

A gestão de uma unidade de saúde especializada em território indígena também deverá ser mais bem discutida (motivo pelo qual o MS enviou um técnico até o município) entre município, MS/SESAI, uma vez que esta última responde apenas pela Atenção Básica Indígena, sendo responsabilidade do município responder pela atenção especializada e, neste contexto, inviabilizaria a implantação da unidade nos termos em que está sendo formulada.

Por tudo isso, esclarecemos, por fim, que **a temática saúde mental indígena está na pauta desta administração municipal, porém, sem o envolvimento efetivo das outras instâncias gestoras do SUS (MS/SESAI e SES) o projeto de implantação desta unidade tenderia a não se consolidar.**

Comprometemo-nos, contudo, a articular junto a estas



instituições, cobrando posicionamento quanto aos dados levantados nas reuniões realizadas anteriormente para continuarmos a discussão em torno da melhor forma de atender esta demanda.”

Nesse mesmo ano de 2012, por volta dos meses de julho e agosto, foi amplamente noticiada a adesão do Estado de Mato Grosso do Sul ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.²⁰ As notícias deram conta de que até o ano de 2014 seriam investidos R\$ 29 milhões de reais no Estado.²¹

Os recursos foram recebidos e investidos nas áreas de assistência social, saúde mental e segurança pública. Porém, as notícias disponíveis não narram qualquer investimento direcionado para as comunidades indígenas, apesar dos altos índices de agravos registrados com relação à Reserva Indígena de Dourados decorrentes do álcool e demais drogas.²²

Em agosto de 2013 o **MUNICÍPIO DE DOURADOS** voltou a noticiar tratativas com o Ministério da Saúde no sentido de implementar, conjuntamente, uma política específica para o atendimento da saúde mental indígena.²³

Também indagada, a **UNIÃO FEDERAL** (Ministério da Saúde) respondeu aos Ofícios n. 23/2014 e 24/2014/MADA/PRM-DRS/MS/MPF ocasião em que remeteu o “Parecer Técnico n. 152/CGAPSI/DASI/SESAI” de 23 de outubro de 2013, subscrito por técnicos da CGAPSI DASI/SESAI/MS e, também, pela Coordenadora-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena e pela Diretora do Departamento de Atenção à Saúde Indígena do Ministério da Saúde.²⁴

A partir da análise da disponibilidade de serviços de atenção à saúde mental e das necessidades de saúde da população indígena da região de Dourados, compreende-se que, estrategicamente,

20 Instituído pelo Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010 e alterado pelo Decreto n. 7.637 de 2011.

21 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 81-90

22 Disponível em <<http://www.midiamax.com.br/municipios/guarda-municipal-recebe-veiculos-armas-nao-letais-combate-drogas-296639>> Acessado aos 18.08.2017.

Disponível em <<http://www.correiadoestado.com.br/noticias/dourados-adere-a-programa-federal-de-combate-ao-crack-e-tera-r-1/190433/>> Acessado aos 18.08.2017.

Disponível em <<http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/crack-e-possivel-vencer-ja-tem-43-agentes-capacitados-em-dourados/>> Acessado aos 18.08.2017.

Disponível em <<http://www.capitalnews.com.br/dourados/dourados-aderiu-ao-programa-crack-e-possivel-vencer/251553>> Acessado aos 18.08.2017.

23 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 108-109.

24 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 114-117 e 120-123.





duas alternativas se apresentam como prioritárias para a qualificação do cuidado a esta população. A primeira delas diz respeito ao fortalecimento dos cuidados na atenção primária à saúde da população sob responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI Mato Grosso do Sul. A segunda alternativa diz respeito à elaboração de um projeto de implementação de um dispositivo de atenção psicossocial às populações indígenas de Dourados que se diferencie estruturalmente dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS a fim de ofertar uma atenção à saúde condizente com o contexto sociocultural e de saúde da região. A seguir, seguem algumas considerações sobre estas propostas.

(...)

Além disso, estruturalmente, os Caps não foram projetados para acolher de maneira não hierarquizada as práticas de cuidado específicas das populações indígenas. Neste sentido, compreende-se que a implantação de um Caps para atendimento à população indígena da região de Dourados não é uma proposta estrategicamente adequada para promoção da saúde mental nas aldeias.

Levando em consideração que tanto os saberes quanto as práticas indígenas de cuidado se inserem em um complexo contexto de organização social e cosmológica responsáveis pela reprodução biopsicossocial do grupo, considera-se que um dispositivo de atenção biopsicossocial para as populações indígenas deve ser projetado desde os seus princípios básicos e estruturais para se inserir em um contexto de organização social e cosmológica diferenciado a partir de um criterioso estudo antropológico e de saúde, além de contar com a participação das comunidades locais em todo este processo. Neste sentido, sugere-se que seja elaborado conjuntamente pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena/SESAI e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAET/SAS um projeto de implantação de um dispositivo de atenção psicossocial às populações indígenas da região de Dourados/MS que:

1. Contenha um cronograma de planejamento da implementação que inclua a participação desde o seu início:
 - a. das populações a serem atendidas (lideranças, associações indígenas e comunidade em geral);
 - b. do Conselho Indígena de Saúde – Mato Grosso do Sul;
 - c. do DSEI – Mato Grosso do Sul/SESAI/MS;
 - d. do Departamento de Atenção à Saúde Indígena/SESAI/MS;
 - e. da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAET/SAS/MS;
 - f. FUNAI (nível central e Coordenação Regional).



2. Contenha amplo estudo antropológico e de saúde a fim de propor um serviço de saúde condizente com o contexto sociocultural e de saúde das comunidades atendidas;
3. Proponha um serviço de atenção psicossocial à população indígena das aldeias da região de Dourados/MS que:
 - a. procure contemplar estruturalmente uma articulação não hierarquizada com os saberes e práticas de cuidado indígenas e não indígenas. O serviço deverá considerar os modelos explicativos indígenas, as concepções de corpo, pessoa, do processo saúde-doença e outros pressupostos cosmológicos, as práticas de auto-atenção e as práticas promotoras de saúde indígenas em mesmo nível de importância que o saber e as práticas não indígenas, inclusive que o saber e a prática biomédica;
 - b. promova uma atenção integral considerando os diferentes determinantes que influenciam o processo de adoecimento e cura em especial os socioeconômicos diretamente relacionados aos agravos de saúde mental como acesso ao trabalho, cultura, educação, lazer, etc.
 - c. promova atenção em saúde a partir da potencialização e articulação com os recursos comunitários com vistas a garantir o fortalecimento e valorização dos mesmos estimulando o protagonismo de ações promotoras de saúde mental próprias das comunidades;
 - d. articule as suas ações com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS de Mato Grosso do Sul como os leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros.”

Considerando ser o sobredito Parecer Técnico do **ano de 2013** e tendo em vista a menção a um cronograma para a implementação de um “*dispositivo de atenção psicossocial*” às populações indígenas de Dourados/MS, o ponto voltou a ser objeto de questionamento c, em **julho de 2016**, a FUNAI remeteu o Ofício n. 725/2016/DPDS/FUNAI-MJ informando viagem ao município de Dourados no ano de 2014 da qual resultou o Relatório denominado “*Bem Viver e Saúde Mental em Contextos Indígenas: Dourados*” que traz um “*Plano de Ação Intersetorial 2015*”, com um novo calendário:²⁵

“É importante considerar que junto das estratégias de fortalecimento dos Guarani e Kaiowá e das ações em nível nacional de articulação por um Programa de Saúde Mental para os Povos Indígenas, é fundamental que efetivamente se constitua em Dourados uma rede de cuidado em saúde mental, ou seja,

25 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 299-320.





que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) funcione efetivamente para os indígenas do município, pois os casos graves de sofrimento psíquico e uso prejudicial de álcool e drogas devem ser acompanhados de forma intensiva pela rede de saúde mental municipal. **Em 2013 e 2014 foram realizadas discussões com o município de Dourados, mas estas não resultaram em encaminhamentos concretos.** Para este ponto, acredita-se na possibilidade de que o Ministério Público Federal em Dourados possa vir a ser um importante interlocutor. É fundamental que o município assumira seu papel de organizador da Rede de Atenção Psicossocial.

(...)

Finalmente, informa-se que era esperado um significativo avanço na área de saúde mental para os povos indígenas nos anos de 2015 e 2016. Esperava-se que o fortalecimento da atenção *Bem Viver*; o projeto adaptado *Caminhos do Cuidado*, as ações do *Plano de Ação DCFC* e a articulação da RAPS funcionariam como um panorama de ações governamentais que produziriam as condições necessárias para a organização de um *Programa de Saúde Mental e Bem Viver para os Povos Indígenas*. Entretanto, em função dos cortes de orçamento sofridos pelos órgãos envolvidos, bem como entraves de caráter operacional, as ações não puderam ser cumpridas. A Funai aguarda definições do cenário institucional e orçamentário do Ministério da Justiça e Cidadania e do Ministério da Saúde para o prosseguimento das ações.”

Diversos outros órgãos e agentes já se manifestaram sobre a inadiável atenção a ser destinada à saúde mental indígena.

Nos autos n. 0014654-64.2009.8.12.0002, em trâmite perante a Vara da Infância e da Juventude de Dourados/MS, o *i.* Magistrado Estadual expôs a difícil solução a ser dada ao caso do adolescente L.R.C., exposto a situação de vulnerabilidade extrema. No caso, a única solução encontrada foi a determinação de permanência do jovem na CASAI “até que os órgãos indigenistas realizem o seu encaminhamento a outra entidade que execute o programa de internação para os casos de drogadição e distúrbios psiquiátricos”.²⁶

No mesmo sentido, manifestação de Parlamentar Federal remetida a esta Procuradoria da República em março de 2012 dando ciência das gestões desempenhadas sob o fundamento de que “***as reservas indígenas de Dourados, se isoladas estatisticamente, estão entre os locais mais violentos do mundo. Reitero que as atrocidades***

26 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 - Fls. 45-46



*que ocorrem na região são oriundas do consumo de entorpecentes, dada a proximidade com a fronteira e a inexistência de policiamento.*²⁷

Em junho de 2013 foi a vez da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso do Sul, através da Indicação n. 1685/2013 manifestar-se solicitando a construção de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD III) na Reserva Indígena de Dourados porque *“a situação no local, no que diz respeito ao alcoolismo e a drogas, é gravíssima e só vem piorando ano após ano. O uso de substâncias capazes de causar dependência química ou psíquica, sobretudo entre crianças, jovens e adolescentes, tem sido apontado como um dos principais problemas e um dos grandes motivadores da violência.*”²⁸

A manifestação legislativa foi remetida à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que, através da “Nota Técnica n. 27/2014”²⁹ informou que *“em 28/12/2012 o município teve aprovada proposta de convênio para a construção de um CAPS III, tendo direito ao recebimento de um milhão de reais. No entanto, não enviou toda a documentação necessária para recebimento do recurso e está em vias de perdê-lo.”*

Sobre o tema, a Prefeitura de Dourados³⁰ esclareceu que o *“entreve maior continua sendo a definição e divisão de responsabilidades junto a este segmento da população por parte dos diferentes gestores públicos, entendendo que o município, embora seja o maior executor das ações de saúde no âmbito SUS, ainda depende de co-financiamento do Estado e União para o custeio de determinados serviços”.*

Aclarou ainda que *“houve uma proposta de construção do CAPS III, que tem como característica principal o funcionamento 24 horas/dia, garantida com recursos financeiros de origem parlamentar, cujo valor era de 1.000.000,00 (um milhão de reais)”*, porém, ao término da elaboração do projeto chegou-se ao orçamento de R\$ 1.791.597,48 reais o que inviabilizou a continuidade diante do deficit financeiro do município.

A Presidência da Fundação Nacional do Índio³¹ também apresentou sua anuência e contribuições para o início de um “cronograma de ações que apoiem a implementação de dispositivo psicossocial para os povos indígenas da região de

27 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 52-74.

28 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 126-128.

29 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 131-133.

30 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 159-165.

31 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 134-156.





Dourados/MS”. O próprio DSEI/MS, órgão executor da política de saúde indígena – atenção básica – através do Ofício n. 1188/DSEI/MS/SESAI relatou a seguinte situação:³²

“Comunicamos por meio deste a grave situação referente à ocorrência de suicídios e tentativas na área do Acampamento Iwy Werá (localizado entre a região limítrofe da Reserva Indígena de Dourados e o Anel Viário).

Considerando a preocupação do DSEI/MS com relação à ocorrência de suicídios, profissionais de saúde do Polo Base de Dourados realizaram uma visita *in loco* e verificaram a situação de alto risco e vulnerabilidade social desta população, conforme descrito no Relatório em anexo.

Informamos ainda que os serviços de saúde indígena do DSEI-MS apresentam limitações quanto à resolutividade de alguns agravos, especialmente aqueles impactados por determinantes sociais, como nos casos de suicídios.

Destarte, o DSEI-MS solicita o auxílio desta douta Procuradoria, junto aos órgãos competentes, haja vista a urgência da demanda, uma vez que ocorreram 2 suicídios e 1 tentativa num período de 17 dias, além do risco real de novas ocorrências de suicídio no local.”

Em suma, apesar de as tratativas para a implantação de um dispositivo de saúde mental indígena terem se iniciado há muito – quase uma década só considerando o quanto documentado no Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 –, até o momento nada de concreto foi realizado. Os poucos diálogos havidos entre as esferas governamentais defluem na necessidade de participação efetiva das instituições e encaminhamentos concretos.

1.5 – Dos agravos decorrentes desse cenário de indiferença hostil³³

Os índices de violência grafados neste tópico encontram-se disponíveis no portal eletrônico “Atlas da Violência”³⁴ elaborado a partir de uma parceria entre o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP).

32 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 327-334.

33 Nomenclatura atribuída a Yehuda Bauer.

34 Disponível em <<http://ipea.gov.br/atlasviolencia/>> Acessado aos 1º.09.2017.



Os índices específicos com relação à população indígena do Estado de Mato Grosso do Sul e do município de Dourados encontram-se, respectivamente, no “Relatório Técnico de Morbimortalidade por Causas Externas no DSEI-MS em 2014”³⁵ e no Ofício n. 1066/2017/DSEI-MS/SESAI/MS.³⁶

O quantitativo populacional para o ano de 2017 foi obtido junto ao portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁷ e o quantitativo de indígenas extraído do Ofício n. 1066/2017/DSEI-MS/SESAI/MS³⁸ e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) através do Portal da Saúde.³⁹

Lado outro, os índices de suicídio para a população em geral aqui retratados advêm, igualmente, do portal eletrônico “Atlas da Violência” e os índices referentes aos indígenas do Cone Sul do Estado de Mato Grosso do Sul, do Ofício n. 1240/2017/DSEI-MS/SESAI/MS (Anexo II).

Por fim, todos os dados referentes a adolescentes indígenas em unidades de internação e a crianças e adolescentes indígenas acolhidos em abrigos foram fornecidos pela Vara da Infância e da Juventude de Dourados (Of. nº 2248/2017); pelas unidades de internação UNEI Laranja Doce (OF/UNEI-LD/SAS/SEJUSP/MS/Nº 842/2017 e OF/UNEI-LD/SAS/SEJUSP/MS/Nº 872/2017) e UNEI Esperança (OF/UNEI-E/SAS/SEJUSP/MS/ Nº 039/17 e OF/UNEI-E/SAS/SEJUSP/MS/ Nº 041/17); e pelas casas de acolhimento presentes no município de Dourados – Lar Santa Rita, Lar Ebenezer (“Levantamento Indígena Lar Ebenezer”), Lar Renascer (Ofício n. 76) e IAME (Of. Nº 075/17/JB).⁴⁰

Segundo consta, o Estado de Mato Grosso do Sul possui 79 (setenta e nove) municípios e, conforme estimativa populacional – IBGE/julho de 2017⁴¹, 2.713.147 (dois milhões, setecentos e treze mil e cento e quarenta e sete) habitantes.

35 Anexo V: “Relatório Técnico de Morbimortalidade por Causas Externas no DSEI-MS em 2014”. Documento extraído do Inquérito Civil n. 1.21.001.000355/2006-15 – fls. 1.724-1.728/v.

36 Anexo III.

37 Disponível em <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf)> Acessado aos 21.08.2017.

38 Anexo III.

39 Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>> Acessado aos 1º.09.2017.

40 Anexo IV.

41 Disponível em <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf)> Acessado em 21.08.2017.





Por sua vez, o município de Dourados conta com uma população de 218.069⁴² (duzentos e dezoito mil e sessenta e nove) habitantes, destes, 13.578 (treze mil quinhentos e setenta e oito) são indígenas e 12.880 (doze mil, oitocentos e oitenta) índios residem na Reserva Indígena de Dourados.⁴³

Apesar do quantitativo populacional superar 12 mil habitantes, a Reserva Indígena de Dourados não possui Posto Policial em seu interior, não conta com Centro de Educação Infantil – CEIM – e também não possui unidade integrante da Rede de Saúde Mental, uma vez que “o município de Dourados hoje possui um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II), uma Residência Terapêutica e um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD), porém, nenhum deles atende às especificidades indígenas”.⁴⁴

Atualmente, a Reserva Indígena de Dourados conta com os seguintes órgãos públicos: (i) 05 (cinco) Escolas Municipais e 01 (uma) Escola Estadual; (ii) 04 (quatro) unidades de saúde; (iii) 01 (um) Centro de Referência de Assistência Social – CRAS; e, (iv) 01 (uma) Vila Olímpica Indígena – sem atividades. Ressalte-se que o “Hospital da Missão” localiza-se fora da Reserva Indígena de Dourados, é conveniado ao Sistema Único de Saúde e atende tanto indígenas quanto não indígenas.

1.5.1 – Índices crescentes de violência registrados no interior da Reserva Indígena de Dourados

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, entre os anos de 2005 e 2015 foi registrada uma média anual de 53.0507 (cinquenta e três mil, quinhentos e sete) homicídios – o que equivale a uma taxa média nacional de 30,4 homicídios por 100 mil habitantes.⁴⁵

42 Disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf> Acessado aos 21.08.2017.

43 Dados SESAI para o ano de 2017 – Anexo. E dados SIASI disponíveis em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>> Acessado aos 21.08.2017.

44 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fl. 10.

45 “Atlas da Violência 2017”. Média calculada a partir dos dados constantes das páginas 12-13.



A seu turno, o Estado de Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2005 e 2015, registrou uma média anual de aproximadamente 675 (seiscentos e setenta e cinco) homicídios e uma taxa média de 27,71 homicídios a cada grupo de 100 mil habitantes – valor bem abaixo da média nacional.⁴⁶

Além disso, o Estado de Mato Grosso do Sul registra índices decrescentes de homicídios. Entre os anos de 2005 e 2015 a variação foi de -14,2% enquanto que no Brasil, no mesmo período, a variação foi crescente de 10,6%.

O mesmo panorama não foi verificado com relação aos indígenas residentes no Estado de Mato Grosso do Sul. Para eles, entre os anos de 2001 e 2011 registrou-se uma média anual de aproximadamente 29 (vinte e nove) homicídios,⁴⁷ o que corresponde a uma taxa média de 39,56 homicídios a cada grupo de 100 mil habitantes.⁴⁸

Considerando somente o Polo Base de Dourados – que compreende os municípios de Dourados, Maracaju, Douradina e Rio Brillante – entre os anos de 2012 e 2016 foi registrada uma média anual de 13 homicídios,⁴⁹ o que corresponde a uma taxa média de 87,69 homicídios a cada grupo de 100 mil habitantes.⁵⁰ Comparando os dados disponíveis referentes a um mesmo período (2012 a 2014), temos o seguinte quadro:⁵¹

	Taxa média de homicídios entre os anos de 2012 e 2014 (por 100 mil habitantes)
Brasil	29,2
Estado de Mato Grosso do Sul	26,1
Indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul	55,9
Indígenas do Polo-Base de Dourados	101,18

46 “Atlas da Violência 2017”. Média calculada a partir dos dados constantes das páginas 12-13.

47 Anexo V: “Relatório Técnico de Morbimortalidade por Causas Externas no DSEI-MS em 2014”. Documento extraído do Inquérito Civil n. 1.21.001.000355/2006-15 – fls. 1.724-1.728/v.

48 Considerou-se o quantitativo de 73.295 indígenas no Estado de Mato Grosso do Sul – dado retratado no Censo 2010/IBGE – disponível em <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acessado aos 1º.09.2017.

49 Anexo III: Ofício n. 1066-2017/DSEI-MS/SESAI/MS.

50 Considerou-se o quantitativo de 14.824 indígenas no Polo-Base de Dourados – dado retratado no SIASI 2013 – disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>>. Acessado aos 1º.09.2017.

51 Foram consultadas as mesmas fontes antes citadas e considerado o quantitativo de 73.295 indígenas no Estado de Mato Grosso do Sul (IBGE/2010) e 14.824 indígenas no Polo Base de Dourados (SIASI/2013).





Ou seja, os índios do Estado de Mato Grosso do Sul morrem por homicídio a uma taxa média 100% superior aos não indígenas Sul Mato-Grossenses. E os índios da *região de Dourados* morrem por homicídio a uma taxa quase 400% superior aos não indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul.

Tal fato se repete com relação a outros crimes, a exemplo da violência doméstica, sexual e outras. O portal eletrônico SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica – do Ministério da Saúde, apontou que enquanto todos os índices decrescem, aqueles relativos à população indígena.

Índices - Violências Domésticas, Sexual e Outras - segundo raça/cor – Município de Dourados/MS:⁵²

Ano	Branca	Amarela	Ignorada	Indígena	Parda	Preta
2009	51,52		18,18		27,27	3,03
2010	22,48		41,09	13,18	17,05	6,2
2011	30,2	,67	12,08	20,81	29,53	6,71
2012	33,2	1,23	12,7	29,51	17,62	5,74
2013	20,35	2,03	9,01	45,64	20,35	2,62
2014	18,47		2,71	50,25	25,86	2,71
2015	12,5		,63	72,19	12,19	2,5
2016	18,39		7,17	52,47	20,63	1,35

A grave situação também foi retratada no “Relatório Técnico de Morbimortalidade por Causas Externas no DSEI-MS em 2014”:⁵³

“O Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) é o Órgão responsável pela assistência de atenção básica em saúde a 73.181 indígenas de 8 etnias (Guarani e Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Atikum, Kinikinau, Ofaié-Xavante e Guató) que vivem nas aldeias do estado de Mato Grosso do Sul. Este órgão está vinculado a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde.

(...)

52 Disponível em <<http://sage.saude.gov.br/#>> Filtro: Dourados/MS. Acessado aos 15.08.2017.

53 Anexo V: “Relatório Técnico de Morbimortalidade por Causas Externas no DSEI-MS em 2014”. Documento extraído do Inquérito Civil n. 1.21.001.000355/2006-15 – fls. 1.724-1.728/v.



Atualmente, os maiores problemas existentes concentram-se principalmente nas aldeias na região do Cone-Sul do Estado, com predominância étnica Guarani e Kaiowá, que representa 65% da população indígena do Estado. **Diagnosticamos e registramos que os determinantes sociais impactam diretamente no setor saúde. A precariedade da segurança pública, a educação deficitária, o baixo acesso à alimentação adequada e habitação digna, a carência de projetos voltados para geração de renda e emprego, fomento à produção de subsistência auto-sustentável, a falta de incentivo ao esporte, cultura e lazer e a insipiência de políticas públicas para os povos indígenas, tem como consequência os agravos à saúde como, a alta incidência de violência, o consumo de drogas, o abuso de álcool, as alarmantes taxas de homicídio e suicídio, o baixo peso infantil, a mortalidade materno-infantil, desajustes sociais, entre outros.**

Apesar de o “mapa da violência” retratar esse cenário, as políticas de segurança pública não têm se voltado para a diminuição desses índices. Ao contrário, **os órgãos estatais participam de verdadeira disputa judicial para verem suas responsabilidades excluídas** – como é de conhecimento desse *i. Juízo*.

Quanto à alegação de que atendem igualmente tanto a indígenas quanto à população em geral, tem-se a mais clara ocorrência da denominada **“teoria do impacto desproporcional”**,⁵⁴ uma vez que sem maiores esforços vislumbra-se a necessidade de um incremento na atuação estatal destinada a essa específica população/localidade que – por culpa exclusiva do Estado – padece com índices alarmantes de violência sobremaneira superiores àqueles encontrados na população envolvente.

1.5.2 – Índices crescentes de crianças acolhidas em abrigos

Como salientado no introito deste tópico, as informações aqui constantes foram fornecidas pela Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Dourados e pelas seguintes casas de acolhimento: **i) Lar Santa Rita:** casa lar de acolhimento institucional de crianças de ambos os sexos, entre 0 e 7 anos; **ii) Lar Ebenezer:** acolhimento institucional de meninas entre 7 e 12 anos; **iii) Lar Renascer:** acolhimento institucional de meninas a partir de 12 anos; e, **iv) Iame:** acolhimento institucional de meninos a partir de 7 anos.

⁵⁴ O resta claro quando da comparação do impacto dessa política “igualitária” em relação à população indígena e à população não-india.





Acerca do quantitativo de crianças e adolescentes acolhidos no município de Dourados, a Vara da Infância e da Juventude ofertou dados relativos aos anos de 2014 a 2017, bem como os principais motivos do acolhimento no ano de 2016:⁵⁵

	Crianças e Adolescentes acolhidos (não indígena)	Crianças e Adolescentes acolhidos (indígena)	Percentual de Crianças e Adolescentes indígenas acolhidos
2014	574	222	27,88%
2015	473	260	35,47%
2016	410	282	40,75%

Há um visível incremento dos índices de acolhimento.

No entanto, tal incremento ocorreu somente para as crianças e adolescentes indígenas. Com relação aos demais, houve uma diminuição da quantidade de acolhimentos em torno de 5% ao ano.

Com relação ao ano de 2017, a Vara da Infância e da Juventude forneceu o seguinte quantitativo – parcial – de crianças e adolescentes acolhidos:⁵⁶

	Crianças e Adolescentes acolhidos (não indígena)	Crianças e Adolescentes acolhidos (indígena)	Percentual de Crianças e Adolescentes indígenas acolhidos
Janeiro/2017	34	34	50,00%
Fevereiro/2017	36	34	48,57%
Março/2017	35	39	52,70%
Abril/2017	34	38	52,77%
Mai/2017	37	42	53,16%
Junho/2017	40	40	50,00%
Julho/2017	39	41	51,25%
Agosto/2017	36	42	53,84%
Total 2017/Parcial:	291	310	51,58%

55 Anexo IV - "Crianças e Adolescentes Acolhidos no Município de Dourados", remetido pela Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Dourados-MS. Arquivos relativos aos anos de 2014 a 2017. Gráfico expõe os

56 Anexo IV - "Crianças e Adolescentes Acolhidos no Município de Dourados/2017", remetido pela Vara da Infância e da Juventude da Comarca de Dourados-MS.



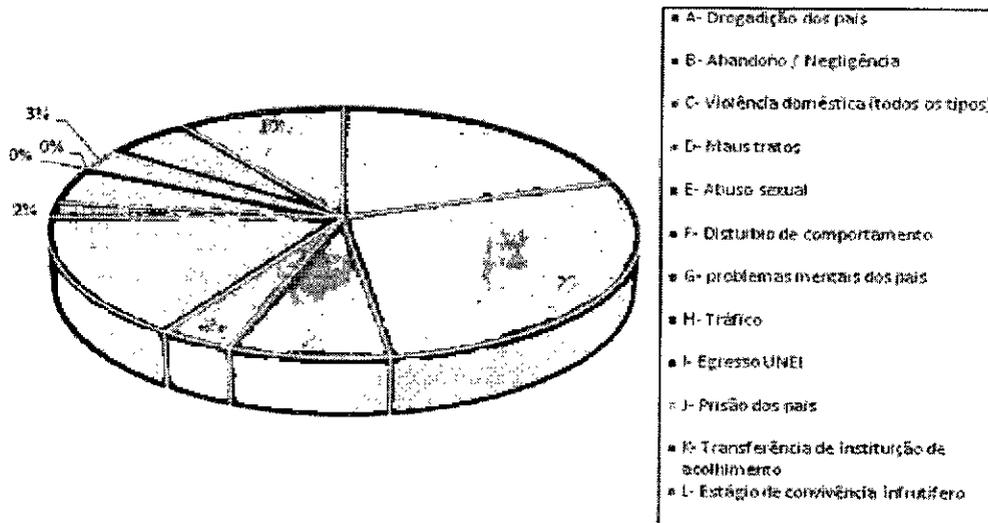
Esses índices que por si demonstram gravidade tornam-se ainda mais eversivos quando se constata que a população indígena do Polo-Base de Dourados representa apenas 6,79% da população do município de Dourados. Em outros termos, os indígenas, apesar de representarem 6,79% da população total, respondem por mais de 50% dos casos de acolhimento de crianças e adolescentes.

Município	População Total	População Indígena
Douradina	5.827	14.824 ⁵⁷
Dourados	218.069	
Itaporã	23.539	
Maracaju	44.994	

Quanto às causas de essas crianças serem retiradas de suas famílias, a Vara da Infância e da Juventude informou a drogadição dos pais como a principal causa.

Para o ano de 2016, elaborou o seguinte gráfico:

Gráfico anual /2016 Por Motivo de Acolhimento



⁵⁷ Polo-Base de Dourados. Tecnicamente, o município de Itaporã não integra o Polo-Base de Dourados. No entanto, parte da Reserva Indígena de Dourados encontra-se naquele município e, por essa razão estão contabilizados integralmente no Polo-Base de Dourados.



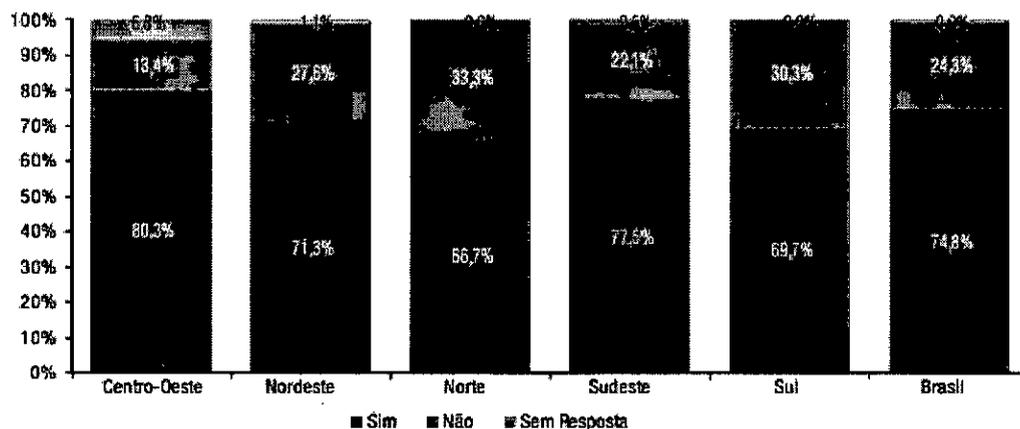


1.5.3 – Índices crescentes de adolescentes em unidades de internação

Em primeiro lugar, antes de descrever os índices de internação de adolescentes indígenas, releva apontar que o “*Panorama Nacional – A Execução das Medias Socioeducativas de Internação*” elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça,⁵⁸ constatou que na região Centro-Oeste 80,3% dos adolescentes infratores entrevistados declararam usar substâncias psicoativas.

Das regiões do país, esse foi o índice mais expressivo:

Gráfico 12 – Uso de drogas por adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas por região



Fonte: DMF/CNJ - Elaboração: DPJ/CNJ

O documento ainda apontou:

“O perfil dos adolescentes aqui descortinado revelou uma série de questões que perpassam o problema do adolescente em conflito com a lei: famílias desestruturadas, defasagem escolar e relação estreita com substâncias psicoativas. A partir do melhor conhecimento do perfil dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas torna-se especialmente oportuna a definição de estratégias compatíveis com as necessidades dos jovens em situação de risco no Brasil.”

58 “Panorama Nacional – A Execução das Medias Socioeducativas de Internação”. Programa Justiça ao Jovem. 2012 – Conselho Nacional de Justiça. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/images/programas/justica-ao-jovem/panorama_nacional_justica_ao_jovem.pdf> Acessado aos 04.09.2017.



Indagada por intermédio do Ofício n. 577/2017/MADA/PRM-DRS/MS/MPF, a Unidade Educacional de Internação Masculina Laranja Doce informou (OF/UNEI-LD/SEJUSP/MS/Nº 842/2017)⁵⁹ que **“dos 56 (cinquenta e seis) adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação nesta Unidade, 11 (onze) são indígenas. Destes, 04 (quatro) cometeram o ato infracional de Homicídio, 05 (cinco) cometeram o ato infracional de Roubo, 01 (um) cometeu o ato infracional de Latrocínio e 01 (um) cometeu o ato infracional de Tráfico de Drogas.”**

É preciso observar esse índice levando em consideração que as Unidades Educacionais de Internação Laranja Doce (masculina) e Esperança (feminina), localizadas neste município atendem toda a **Região da Grande Dourados** (Angélica, Batayporã, Caarapó, Deodápolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Guia Lopes da Laguna, Itaporã, Ivinhema, Jardim, Jateí, Juti, Maracaju, Nioaque, Nova Alvorada do Sul, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Rio Brilhante, Taquarussu e Vicentina), conforme informação prestada através do OF/UNEI-LD/SAS/SEJUSP/MS/Nº 872/2017.⁶⁰

Nesse viés, temos que:

Município	População Total	População Indígena
Angélica	10.485	
Batayporã	11.248	
Deodápolis	12.773	
Caarapó	29.292	6.150 ⁶¹
Juti	6.553	
Douradina	5.827	14.824 ⁶²
Dourados	218.069	
Itaporã	23.539	
Maracaju	44.994	
Rio Brilhante	36.144	
Fátima do Sul	19.181	

59 Anexo IV.

60 Anexo IV.

61 Polo-Base de Caarapó.

62 Polo-Base de Dourados. Tecnicamente, o município de Itaporã não integra o Polo-Base de Dourados. No entanto, parte da Reserva Indígena de Dourados encontra-se naquele município e, por essa razão estão contabilizados integralmente no Polo-Base de Dourados.





Glória de Dourados	9.960	
Guia Lopes da Laguna	9.991	153 ⁶³
Ivinhema	23.021	
Jardim	25.758	
Jateí	4.025	
Nioaque	14.092	
Nova Alvorada do Sul	20.772	
Nova Andradina	52.625	
Novo Horizonte do Sul	4.041	
Taquarussu	3.570	
Vicentina	6.041	
TOTAL:	592.001 (96,55%)	21.127 (3,44%)

Ou seja, apesar de a população indígena na Região da Grande Dourados representar apenas 3,44% da população total assistida pelas unidades de internação em comento, aproximadamente 20% dos adolescentes internados são indígenas – média que se mantém desde o ano de 2002.⁶⁴

A seu turno, a Unidade Educacional de Internação Feminina Esperança, através dos Ofícios (OF/UNEI-E/SAS/SEJUSP/MS/Nº 39/17 e OF/UNEI-E/SAS/SEJUSP/MS/Nº 41/17) informou que, *“atualmente, estamos com o efetivo de 10 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, sendo que 3 são indígenas”*.

Outro fator que merece destaque é a gravidade dos atos infracionais praticados pelos adolescentes indígenas. **No Brasil, o percentual de homicídios fica abaixo dos 10% e o de latrocínios, abaixo de 3%**, vejamos.⁶⁵

63 População referente à Comunidade Indígena de Cerroi'y, localizada na divisa entre os municípios de Guia Lopes da Laguna e Maracaju.

64 **Anexo IV** - “Informamos ainda que, do ano de 2002 até o presente momento, esta UNEI possui uma média anual de 20% de adolescentes indígenas internados para cumprimento de medidas socioeducativas (...)” - OF/UNEI-LD/SAS/SEJUSP/MS/Nº 872/2017.

65 “Nota Técnica: O adolescente em Conflito com a Lei e o Debate sobre a Redução da Maioridade Penal: esclarecimento necessários”. IPEA, junho de 2015. p. 25. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/notatecnica_maioridade_penal> Acessado aos 04.09.2017.



Tabela 5: Brasil- Tipos de Delitos Praticados pelos Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Privação/Restrição de Liberdade

Tipo de delito	2011		2012		2013	
	Absoluta	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Roubo	8.415	38,12	8.416	38,70	10.051	39,90
Tráfico	5.863	26,56	5.861	27,05	5.933	23,55
Homicídio	1.852	8,39	1.963	9,03	2.205	8,75
Furto	1.244	5,63	923	4,24	855	3,39
Homicídio tentado	661	2,99	582	2,68	747	2,97
Busca e Apreensão (descmp de medida)	543	2,46	177	0,81	233	0,92
Porte de arma de fogo	516	2,34	591	2,72	572	2,27
Latrocínio	430	1,95	476	2,19	485	1,93
Lesão corporal	288	1,30	178	0,82	237	0,94
Roubo tentado	269	1,22	237	1,09	421	1,67
Estupro	231	1,05	315	1,45	288	1,14
Ameaça de Morte	164	0,74	151	0,69	1.414	5,61
Recepção	105	0,48	110	0,51	125	0,50
Formação de quadrilha	78	0,35	108	0,50	107	0,42
Dano	76	0,34	48	0,22	57	0,23
Latrocínio tentado	75	0,34	69	0,32	125	0,50
Sequestro e cárcere privado	53	0,24	46	0,21	25	0,10
Atentado violento ao pudor	51	0,23	21	0,10	82	0,33
Porte de arma Branca	9	0,04	25	0,11	36	0,14
Estelionato	6	0,03	8	0,04	3	0,01
outros atos de menor potencial apreensivo	1.148	5,20	1.419	6,53	1.191	4,73
total	22.077	100,00	21.744	100,00	25.192	100,00
Fonte: Secretaria de Direitos Humanos						
Elaboração: IPEA/DISOC						

Esse panorama se repete na Unidade Educacional de Internação Masculina Laranja Doce, conforme o quanto contido no OF/UNEI-LD/SAS/SEJUSP/MS/Nº 872/2017,⁶⁶ cujos dados partem do ano de 2002 até o ano de 2017.

Porém, segmentando os dados, nota-se que com relação aos adolescentes indígenas internados na cidade de Dourados 80% das causas de internação de meninos deve-se a atos infracionais análogos aos crimes de homicídio e latrocínio e 100% das causas de internação de meninas deve-se a atos infracionais análogos ao crime de homicídio (consumado e tentado).

A preponderância dos crimes contra a vida é sobremaneira preocupante. Vejamos o exposto pelas Unidades.⁶⁷

UNEI Masculina:

“Informamos que do ano de 2002 até o presente momento, esta UNEI possui uma média anual de 20% de adolescentes

66 Anexo IV.

67 Anexo IV - OF/UNEI-LD/SAS/SEJUSP/MS/Nº 872/2017 e OF/UNEI-E/SAS/SEJUSP/MS/Nº 39/17.





indígenas internados para cumprimento de medidas socioeducativas, que decorrem pelo cometimento de Homicídio (75%), Latrocínio (5%), Roubo (10%), Tráfico (5%) e Estupro (5%).”

UNEI Feminina:

“Em resposta ao Ofício n. 578/2017/MADA/PRM-DRS/MS/MPF, informo que atualmente encontra-se em cumprimento de medida socioeducativa de internação três adolescentes indígenas, por tentativa de homicídio e homicídio e nos últimos 10 anos tivemos em cumprimento de internação oito adolescentes indígenas, todas pelos mesmos atos infracionais”.

Considerando todos esses fatores – percentual populacional e percentual de internação – conclui-se que os adolescentes indígenas do sexo masculino são internados a um percentual 700% superior se comparados aos adolescentes não indígenas.

	Quantitativo/Percentual Populacional	Quantidade de Adolescentes internos em setembro de 2017	Taxa média de adolescentes internos (por 100 mil habitantes)
População Total	592.001 (96,55%)	52 ⁶⁸	8,78
População Indígena	21.127 (3,44%)	14 ⁶⁹	66,26

1.5.4 – Índices de suicídios 09 vezes superior à média nacional e 05 vezes superior à média de casos registrados na Índia

Segundo a Organização Mundial da Saúde,⁷⁰ 804 mil pessoas cometem suicídio todos os anos, representando uma morte a cada 40 segundos e uma média mundial de 11,4 mortes para cada grupo de 100 mil habitantes.

68 45 adolescentes do sexo masculino e 07 adolescentes do sexo feminino

69 11 adolescentes do sexo masculino e 03 adolescentes do sexo feminino.

70 Disponível em <<https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>> Acessado aos 25.08.2017.



No Brasil – que é o 8º país com mais mortes por suicídio – a média registrada no ano de 2012 foi de 6,0 mortes para cada grupo de 100 mil habitantes.⁷¹

Restringindo ainda mais o foco, releva apontar que segundo a SESAI⁷² o Cone Sul do Estado de Mato Grosso do Sul – municípios de Amambai, Antônio João, Caarapó, Dourados, Iguatemi, Paranhos e Tacuru – conta com 48.932 mil indígenas.

Somente considerando essa população, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (DIASI/DSEI-MS)⁷³ informou que entre os anos de 2007 e 2016 foram registradas 457 mortes por suicídio. Esse número alarmante representa uma **média anual de 45,7 mortes**.

Considerando o mesmo parâmetro adotado pela Organização Mundial de Saúde (mortes por 100 mil habitantes), concluiu-se que entre os Guarani-Kaiowá do Cone Sul do Estado de Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2007 e 2016, foi registrada a média anual de 93,39 mortes por 100 mil habitantes.

O quantitativo é alarmante, porém, silenciosamente verídico.

Analisando apenas os dados referentes ao **ano de 2012**:⁷⁴

Região	População (Ano 2012)	Número de Suicídios (Ano 2012)	Taxa de suicídios (por 100 mil habitantes)
Mundial	7.075.000.000	806.000	11,4
Brasil	193.946.886	11.821	6,0
Índia	1.263.000.000	258.000	20,42
China	1.351.000.000	120.700	8,93
Estados Unidos	314.000.000	43.000	13,69
Rússia	143.200.000	31.000	21,64
Japão	127.000.000	29.000	22,83

71 "Prevención de la conducta suicida", OMS 2016 – Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5222:opas-lanca-nova-publicacao-com-estrategias-das-americas-para-a-prevencao-do-suicidio&Itemid=839> Acessado aos 25.08.2017.

72 Dados retratado no SIASI 2013 – disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>>. Acessado aos 11.09.2017.

73 Anexo III.

74 Dados disponíveis em <http://www.who.int/gho/mental_health/en/> Acessado aos 25.08.2017.

Os dados foram amplamente veiculados pela mídia nacional <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/09/brasil-e-o-8-pais-com-mais-suicidios-no-mundo-aponta-relatorio-da-oms.html>> Acessado aos 25.08.2017.





Coreia do Sul	50.200.000	17.000	33,86
Paquistão	177.900.000	13.000	7,30
Guarani-Kaiowá⁷⁵	48.932	56	114,44

Analisando apenas os dados referentes ao **ano de 2015**.⁷⁶

Região	Taxa de suicídios (por 100 mil habitantes)
Brasil	9,6
Índia	17,9
China	7,7
Estados Unidos	19,5
Rússia	32,2
Japão	21,7
Coreia do Sul	36,1
Paquistão	2,5
Guarani-Kaiowá⁷⁷	89,92

1.5.5 – Iguais mazelas decorrentes de um igual colonialismo

Observadores dos povos indígenas de diferentes regiões do planeta acenam para a repetição do mesmo cenário como decorrência de um igual modelo de colonialismo baseado na destruição da população indígena *enquanto* povo.

Analisando populações indígenas da Austrália e do Canadá, o perito canadense Jonathan Rudin salientou que as **estatísticas são quase sempre idênticas porque “o colonialismo dos colonos ingleses funciona da mesma maneira em diferentes lugares”**.⁷⁸

75 Predominância étnica Guarani-Kaiowá.

76 Dados disponíveis em <http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/> Acessado aos 25.08.2017.

77 Predominância étnica Guarani-Kaiowá.

78 Disponível em <<https://www.theguardian.com/world/2016/feb/25/indigenous-australians-and-canadians-destroyed-by-same-colonialism>> Acessado aos 12.09.2017. Tradução livre.



“A desvantagem dos indígenas no Canadá reflete a dos povos indígenas na Austrália porque ambos são sobreviventes do colonialismo, disse um importante advogado canadense.

Os povos indígenas no Canadá estavam lidando com o número recorde de seus filhos sendo colocados no sistema de bem-estar da criança e uma enorme sobre-representação no sistema de justiça criminal - as mesmas questões que enfrentaram a Austrália, disse Jonathan Rudin, chefe dos Serviços legais aborígenes do Canadá.

(...)

As estatísticas eram quase idênticas. Os povos indígenas representam 4% da população canadense e 25% da população prisional. Na Austrália, os 3% da população que se identificam como Aborígenes ou Insulares do Estreito de Torres representam 27% dos que estão presos.

No sistema de bem-estar infantil, que Rudin disse ser a preocupação mais significativa para a maioria dos povos indígenas, quase 50% das crianças eram indígenas. A taxa australiana é de 51%.”⁷⁹

Nota-se que o cenário é de todo coincidente com o verificado na Reserva Indígena de Dourados. Conforme exposto, atualmente, **51,58% das crianças acolhidas são indígenas**, apesar de a população indígena representar apenas 6,79% do total da população local.

Ainda, balanceando fatores como percentual populacional e percentual de internação, tem-se que os adolescentes indígenas do sexo masculino da Região da Grande Dourados são internados por atos infracionais análogos a crimes a um percentual **07 (sete) vezes superior** quando comparados aos adolescentes não indígenas da mesma região.

A problemática dos índios canadenses também foi retratada no Relatório da Comissão da Verdade Canadense.⁸⁰ Destacou-se que os povos originários foram 06 (seis) vezes mais propensos a sofrer mortes relacionadas ao álcool se comparados à população em geral e 03 (três) vezes com mais probabilidades de sofrer mortes induzidas por drogas.

79 Ibidem.

80 Disponível

<http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Exec_Summary_2015_05_31_web_o.pdf>

Acessado aos 12.09.2017.

em





Frisou ainda que “a taxa geral de suicídio entre as comunidades originárias é cerca de 02 (duas) vezes maior que a população canadense total.” E que “a juventude indígena com idades compreendidas entre os 10 (dez) e os 29 (vinte e nove) anos que vivem em reservas têm de 05 (cinco) a 06 (seis) vezes mais probabilidades de morrer por suicídio do que os jovens não-indígenas”.⁸¹

A situação se repete na Reserva Indígena de Dourados, só que com uma gravidade sobremaneira superior. Conforme exposto no tópico precedente (“1.5.4”), considerando o quantitativo de mortes por suicídio registrado no ano de 2015, **os indígenas do Cone Sul do Estado de Mato Grosso do Sul morrem por essa causa a uma taxa 09 (nove) vezes superior à média nacional.**

Igualmente, a Secretaria Especial de Saúde Indígena informou que a maior taxa de mortes por suicídio – registrada desde o ano de 2007 – ocorre entre os 15 (quinze) e os 29 (vinte e nove) anos.⁸²

Outro ponto de extrema importância externado no sobredito Relatório⁸³ relaciona o excessivo acolhimento das crianças à futura excessiva representação de jovens indígenas e conseqüente custódia em unidades de detenção.

Ou seja, infere-se que as crianças hoje acolhidas inflam os números dos jovens amanhã acautelados:

“(…)

A grande vulnerabilidade e desvantagem experimentada por tantos jovens indígenas, sem dúvida, contribuem para a sua excessiva representação, um fator intimamente ligado ao legado das escolas-residenciais. Muitas das crianças e jovens indígenas de hoje vivem com o legado de escolas residenciais todos os dias, enquanto lutam para lidar com altas taxas de vícios, transtorno de álcool fetal, problemas de saúde mental, violência familiar, encarceramento de pais e a intrusão das autoridades no bem-estar infantil. Todos esses fatores os colocam em maior risco de envolvimento com o crime.

A crescente sobre-representação dos jovens indígenas sob custódia espelha e é provavelmente relacionado com o drama

81 Idem. Tópico 111 e seguintes.

82 Anexo II.

83 Disponível

em

<http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Exec_Summary_2015_05_31_web_o.pdf>

Tópico 158 e seguintes. Acessado aos 12.09.2017.



ainda maior da sobre-representação das crianças indígenas sob os cuidados de agências de bem-estar infantil. **Pesquisas na Colúmbia Britânica descobriram que 35,5% dos jovens acolhidos também estão envolvidos no sistema de justiça juvenil, em comparação com apenas 4,4% dos jovens que não estão sob cuidados.**

A Comissão acredita que existem maneiras de reduzir a crescente sobre-representação dos jovens indígenas, mas que eles serão encontrados principalmente fora do sistema de justiça. Existe uma necessidade urgente de apoiar as famílias indígenas e aliviar a pobreza vivida por muitas comunidades indígenas. **O governo federal deve assumir a liderança ao comprometer os recursos necessários para eliminar a crescente sobre-representação de crianças e jovens indígenas sob cuidados.** Parte desse compromisso deve incluir a coleta e publicação de melhores dados para medir o progresso.

(...)"

O entendimento é de todo coincidente com aquele manifestado pelo perito canadense Jonathan Rudin – citado no introito deste tópico:⁸⁴

"A crise não é os indígenas cometerem crime', disse ele. 'A crise é que a resposta aos povos indígenas que cometem crime é prisão. E isso não é culpa deles'."

1.5.6 – Das experiências e propostas de soluções

O Relatório da Comissão da Verdade Canadense⁸⁵ chamou à ação o governo federal para prover os meios necessários à implementação de uma política de saúde sob o ponto de vista holístico – compreendendo os aspectos físico, mental e espiritual – além de contar com a imprescindível e efetiva participação da comunidade indígena interessada. Impeliu a participação não só no sentido de consulta antes da execução da política, mas, protagonismo na implementação além da fortificação dos métodos tradicionais de cura.

Ou seja, exortou à criação de um cuidado co-participativo, multicultural, diferenciado – como são as comunidades destinatárias – com vistas ao

84 Disponível em <<https://www.theguardian.com/world/2016/feb/25/indigenous-australians-and-canadians-destroyed-by-same-colonialism>> Acessado aos 12.09.2017. Tradução livre.

85 Disponível em <http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Exec_Summary_2015_05_31_web_o.pdf> Tópico 117 e seguintes. Acessado aos 12.09.2017.





alcance de uma saúde integral, considerada em seus diferentes aspectos (físico, mental e espiritual):

“Chamada à ação

18) Exortamos os governos federal, provincial, territorial e indígena a reconhecer que o estado atual da saúde indígena no Canadá é resultado de políticas anteriores do governo canadense, incluindo escolas residenciais, e implementar os direitos de saúde dos indígenas como identificados no direito internacional e no direito constitucional e nos Tratados.

(...)

19) Solicitamos ao governo federal, em consulta com os povos indígenas, o estabelecimento de metas mensuráveis para identificar e fechar as lacunas nos resultados de saúde entre comunidades indígenas e não-indígenas, e publicar relatório e avaliação de tendências a longo prazo. Esses esforços se concentrarão em indicadores tais como: mortalidade infantil, saúde materna, suicídio, saúde mental, vícios, vida expectativa, taxas de natalidade, problemas de saúde infantil e infantil, doenças crônicas, doença e incidência de lesões, e a disponibilidade de serviços de saúde adequados.

(...)

21) Exortamos o governo federal a fornecer financiamento sustentável para novos centros de cura indígenas para abordar as questões físicas, mentais, emocionais, e danos espirituais causados por escolas residenciais, e para garantir que o financiamento dos centros de cura no Nunavut e nos Territórios do Noroeste seja uma prioridade.

22) Convocamos aqueles que podem efetuar mudanças dentro dos cuidados de saúde do sistema canadense para reconhecer o valor das práticas de cura indígenas e usá-las no tratamento de pacientes indígenas em colaboração com curandeiros indígenas e anciãos, quando solicitado por pacientes indígenas.

(...)”

Busca-se o que igualmente pode ser concebido, ainda que embrionariamente, através dos conceitos de “(...) *suma qamaña* (vivir bien), *ñandereko* (vida armoniosa), *teko kavi* (vida buena), *ivi maraei* (tierra sin mal) y *qhapaj ñan* (camino o vida noble)” expressos no art. 8º da Constituição da Bolívia. E do conceito da Pachamama, contido nos art. 71 c/c 74 da Constituição do Equador.



Esta é igualmente a lição de Pacari (2002) que aponta que a sociedade indígena obedece a uma lógica diversa da sociedade ocidental, ao se reger por uma indivisibilidade entre homem, natureza e sociedade. Nesta mesma direção, temos Holanda (2008, p.134) ao nos relatar que o animismo não diferencia natureza e cultura, mas estabelece uma continuidade, “a série social de pessoas”.

O canadense Jonathan Rudin, antes citado, igualmente pontua as soluções criadas com a participação das comunidades interessadas como as mais efetivas: “É a comunidade não-indígena reconhecendo que a comunidade indígena tem a capacidade, as habilidades e o conhecimento para fazer isso funcionar, e que constrói a capacidade da comunidade indígena”.⁸⁶

Outro exemplo⁸⁷ a ser citado é o projeto *Plano de Prevenção de Suicídios entre o Povo Sami na Noruega, Suécia e Finlândia*, desenvolvido pela Unidade Nacional Norueguesa Sami de Assessoria em Saúde Mental e Abuso de Substâncias (SANKS) e o Conselho Sami, que permitiu a aplicação de estratégias eficazes na prevenção do suicídio na região da Lapônia.

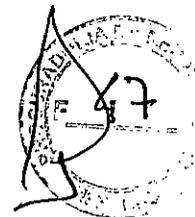
A etnia Sami, localiza-se na região da Lapônia, que abrange o território da Noruega, Suécia, Finlândia e norte da Rússia. São conhecidos por serem criadores de renas por tradição, utilizando essa atividade como forma de subsistência, assim como da pesca e da produção de artesanato. Por conta dos traumas que sofreram ao longo de sua existência e das mudanças de costumes e de tradições os Sami enfrentam uma crise cultural que os afetam psicologicamente. É evidente que se trata de um problema de saúde pública, pois isso influencia diretamente na taxa de suicídios da região.

Então, foram adotadas diferentes estratégias – as quais, inclusive, podem ser aplicadas na região do Mato Grosso do Sul – com a pontuação de medidas para questões como o fortalecimento da cultura indígena, influência política, tratamentos e acompanhamento psicológico, proteção da identidade cultural, igualdade de direitos, cooperação internacional onde essas etnias se localizam, entre outras.

⁸⁶ Ibidem.

⁸⁷ Disponível em <<https://finmarkssykehuset.no/Documents/SANKS/Plan%20FOR%20SUICIDE%20PREVENTION%20AMONG%20THE%20S%C3%81MI%20PEOPLE%20IN%20NORWAY.pdf>>
Acessado aos 18.12.2017.





Estratégias do Plano de Prevenção de Suicídios Entre o Povo Sami na Noruega, Suécia e Finlândia:

(...)

Estratégia 5: Fortalecendo e protegendo a identidade cultural Sami

Pesquisas internacionais de outras áreas indígenas, bem como a pesquisa existente sobre Sápmi e as experiências do povo Sami, sugerem que aqueles que tem uma identidade cultural forte e bem enraizada estão melhor preparados para enfrentar os desafios da vida. Os Sami também têm a necessidade e o direito ao seu próprio ambiente cultural, onde depositam as demandas das sociedades para aceitar e fortalecer ativamente a linguagem e os ambientes culturais dos Sami, incluindo educação e atividades tradicionais.

Medidas

- Trabalhar ativamente para fortalecer a identidade cultural dos jovens Sami através do aprimoramento da linguagem e de oportunidades para participar de atividades culturais.
- Proteger e desenvolver os ambientes culturais e linguísticos existentes dos Sami, incluindo a oportunidade para a educação e treinamento, especialmente em áreas onde eles são minoria e onde os ambientes culturais e linguísticos estão fragilizados ou que dependem de indivíduos.
- Estabelecer ambientes culturais e linguísticos em áreas onde eles vivem e onde não existem tais ambientes.

Estratégia 6: Reduzir a exposição dos Sami à violência

O conhecimento existente indica que os Sami experimentam mais violência do que outras pessoas durante a vida, tanto na infância como na vida adulta. Uma vez que a exposição à violência, especialmente a violência sexual, aumenta o risco de suicídio, existem fortes razões para acreditar que os esforços bem-sucedidos para reduzir a exposição dos Sami à violência também reduziram o suicídio.

Medidas

- Reforçar as organizações e instituições sami que trabalham para reduzir a exposição deles à violência e combater o bullying e a discriminação étnica.
- Assegurar que as vítimas de violência tenham acesso a peritos que falem sua língua e conheçam sua cultura se procurarem por ajuda e apoio para sair de um relacionamento em que esteja sofrendo violência. Hoje, o acesso a isso varia amplamente, e os sistemas de suporte só são encontrados na Noruega.

Estratégia 7: Reduzir as experiências de discriminação étnica dos Sami

Muito sugere que as experiências dos Sami de serem



discriminados etnicamente é um fator chave na redução da saúde mental e do suicídio entre eles. Minimizar esses incidentes e experiências é importante para todos os Sami em todas as áreas, particularmente para aqueles com uma identidade sami forte que vivem em minoria, pois estão mais sozinhos e vulneráveis.

Medidas

- Reduzir a discriminação étnica contra o povo sami através do trabalho de sensibilização das populações da redondeza.
 - Fortalecer as organizações e instituições sami e garantir que trabalhem ativamente para ajudar os indivíduos a lidar com as consequências negativas para a saúde decorrentes da discriminação étnica. Isso inclui, entre outras coisas, assumir a responsabilidade de reconhecer e enfrentar a discriminação étnica contra indivíduos sami.
 - Fortalecer a resiliência dos Sami, ou seja, a resistência, contra as consequências negativas para a saúde por sofrer discriminação étnica.
- (...)

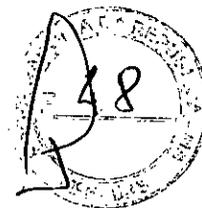
Já a pesquisa Compartilhando Esperança,⁸⁸ dirigida por Leona Aglukkaq, aborda vários projetos sociais direcionados à prevenção de suicídios entre os indígenas da etnia Inuit, membros da nação dos Esquimós - localizada na região Ártica do Canadá. Esse projeto se baseou em experiências empíricas e científicas que trouxeram efeitos positivos para as comunidades.

Aullak Sangillivalianginnatuk (Indo Embora, Crescendo Forte) está situado nas terras do continente, é um programa de extensão de saúde mental para jovens de Nain, em Nunatsiavut (Canadá), foi projetado para ajudar a construir a resiliência da juventude em face de mudanças sociais, ambientais e culturais. Esse é um exemplo de um programa de orientação em tempo real que pode gerar conhecimento enquanto simultaneamente melhora a qualidade de vida nas comunidades circumpolares.

Oferecido através do Nain Research Centre (Centro de Pesquisa de Nain) em Nunatsiavut, Estado de Labrador, Canadá, o programa combina agricultores experientes e corajosos com jovens para levá-los à terra, tanto em pares como em grupos, para ensiná-los a caçar, pescar, navegar e coletar lenha. Outras atividades incluem eventos sociais, voluntariado e construção casas de defumação e qamutiks (trenós rebocados por

88 Disponível em <https://oarchive.arctic-council.org/bitstream/handle/11374/411/ACMMCA09_Iqaluit_2015_SDWG_Sharing_Hope_Promoting_Mental_Wellness.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado aos 18.12.2017.





motocicletas de neve). Essas atividades e oportunidades ajudam o jovem a melhorar sua saúde mental, resiliência e conexões culturais.

Os participantes do programa também ajudam a comunidade, preparando a caça para o frigorífico comunitário e distribuindo-a para os idosos. O frigorífico e o centro de pesquisa funcionam como um ponto de encontro, fornecendo infra-estrutura para a aprendizagem e construção de relacionamentos.

Em 2012, o programa piloto recrutou 10 jovens Inuit, identificados como tendo múltiplos fatores de risco e com um limitado acesso à “sair” para as terras com seus contatos e familiares. Disponível tanto na língua inglesa quanto na língua Inuktitut, o programa foi desenvolvido por 18 meses em uma comunidade de aproximadamente 1200 pessoas. Isso resultou em participantes que ficaram mais de 500 dias no continente.

Em suma, esses são alguns exemplos de práticas tomadas diante de outros povos em razão de sérios problemas enfrentados na seara da saúde mental.

Como antes ressaltado, a **UNIÃO FEDERAL** (Ministério da Saúde) já foi questionada acerca de uma proposta de solução para os agravos suportados pelos indígenas, especificamente com relação ao álcool e outras drogas. Na ocasião, em resposta aos Ofícios n. 23/2014 e 24/2014/MADA/PRM-DRS/MS/MPF remeteu o “*Parecer Técnico n. 152/CGAPSI/DASI/SESAI*” de 23 de outubro de 2013, subscrito por técnicos da CGAPSI DASI/SESAI/MS e, também, pela Coordenadora-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena e pela Diretora do Departamento de Atenção à Saúde Indígena do Ministério da Saúde.⁸⁹

A partir da análise da disponibilidade de serviços de atenção à saúde mental e das necessidades de saúde da população indígena da região de Dourados, compreende-se que, estrategicamente, **duas alternativas se apresentam como prioritárias** para a qualificação do cuidado a esta população. A primeira delas diz respeito ao fortalecimento dos cuidados na atenção primária à saúde da população sob responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI Mato Grosso do Sul. A segunda alternativa diz respeito à elaboração de um projeto de implementação de um dispositivo de atenção psicossocial às populações indígenas de Dourados que se diferencie estruturalmente dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS a

89 Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 114-117 e 120-123.



fim de ofertar uma atenção à saúde condizente com o contexto sociocultural e de saúde da região. A seguir, seguem algumas considerações sobre estas propostas.

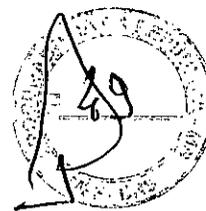
(...)

Por outro lado, a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas define a necessidade de promoção de uma atenção à saúde diferenciada que articule as perspectivas de cuidado biomédico com os sistemas indígenas de saúde.** Da mesma forma, a Portaria n. 2759/2007 estabelece enquanto diretriz para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas a construção de soluções que *“(...) respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades (...)”*. Estas duas abordagens compreendem que as comunidades indígenas possuem seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e tratamento das doenças. Conforme consta da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estes sistemas *“(...) condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças”*. **Esta perspectiva define não apenas a adoção de ações pontuais que articulem os diferentes saberes na atuação dos serviços, mas diz respeito a uma organização estrutural de um modelo de atenção à saúde que possibilite a coexistência de diferentes modelos explicativos para atenção aos agravos e diferentes condutas de intervenção.** Compreendendo que os saberes e práticas de cuidado indígenas se relacionam a uma rede complexa de organização social e cosmológica, **esta proposta pretende minimizar as relações de poder existentes entre as perspectivas biomédicas e indígenas que afetam tanto o contexto de cuidado à saúde quanto outras esferas da vida cotidiana nas aldeias.** Neste sentido, os serviços que pretendem oferecer cuidados em saúde às populações indígenas devem ser organizados de maneira a contemplar de forma estrutural a articulação e a participação dos saberes e sistemas de cuidado indígenas.”

(...)

“O princípio da integralidade considera a diversidade de aspectos da vida cotidiana individual e social envolvidos no processo de adoecimento e de promoção de saúde. Nesta perspectiva, devem ser levados em consideração também aspectos que transcendem determinantes estritamente biomédicas. **Isto significa que contingências relacionadas à vida laboral, cultural, econômica, de lazer, etc. tanto a nível**





coletivo quanto individual devem ser incluídas na compreensão do sofrimento apresentado pelo usuário, bem como na proposição de soluções. Neste aspecto, é conhecida a situação de violação de direitos por que passa a população da etnia Guarani-Kaiowá das comunidades indígenas de Dourados/MS. Conforme aponta Brand (1997), *'A desintegração das relações de parentesco, manifesta através da desintegração e instabilidade das relações familiares, apontada amplamente como causa imediata de inúmeros casos de suicídio, remete diretamente para o impacto das alterações na situação sócio-econômica e cultural dentro das comunidades indígenas em foco'* (p. 196). Esta perspectiva pode ser considerada também para as situações de abuso e dependência de álcool e outras drogas bem como as situações de violência presentes no cotidiano das aldeias. Em síntese, o abuso de consumo de álcool e drogas bem como outros agravos à saúde mental não podem ser entendidos e tratados como problemas específicos de desintoxicação ou de intervenções exclusivamente individuais. Dessa maneira, a formulação de um dispositivo para a promoção da saúde mental às populações indígenas de Dourados/MS a ser implantado em Terra Indígena deve ser orientada e abordar os determinantes socioeconômicos diretamente relacionados às situações de violência, suicídio, dependência e uso prejudicial de álcool e outras drogas."

"(...)

Além disso, estruturalmente, os Caps não foram projetados para acolher de maneira não hierarquizada as práticas de cuidado específicas das populações indígenas. Neste sentido, compreende-se que a implantação de um Caps para atendimento à população indígena da região de Dourados não é uma proposta estrategicamente adequada para promoção da saúde mental nas aldeias.

Levando em consideração que tanto os saberes quanto as práticas indígenas de cuidado se inserem em um complexo contexto de organização social e cosmológica responsáveis pela reprodução biopsicossocial do grupo, considera-se que um dispositivo de atenção biopsicossocial para as populações indígenas deve ser projetado desde os seus princípios básicos e estruturais para se inserir em um contexto de organização social e cosmológica diferenciado a partir de um criterioso estudo antropológico e de saúde, além de contar com a participação das comunidades locais em todo este processo. Neste sentido, sugere-se que seja elaborado conjuntamente pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena/SESAI e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras



Drogas/DAET/SAS um projeto de implantação de um dispositivo de atenção psicossocial às populações indígenas da região de Dourados/MS que:

1. Contenha um cronograma de planejamento da implementação que inclua a participação desde o seu início:

- a. das populações a serem atendidas (lideranças, associações indígenas e comunidade em geral);
- b. do Conselho Indígena de Saúde – Mato Grosso do Sul;
- c. do DSEI – Mato Grosso do Sul/SESAI/MS;
- d. do Departamento de Atenção à Saúde Indígena/SESAI/MS;
- e. da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAET/SAS/MS;
- f. FUNAI (nível central e Coordenação Regional).

2. Contenha amplo estudo antropológico e de saúde a fim de propor um serviço de saúde condizente com o contexto sociocultural e de saúde das comunidades atendidas;

3. Proponha um serviço de atenção psicossocial à população indígena das aldeias da região de Dourados/MS que:

a. procure contemplar estruturalmente uma articulação não hierarquizada com os saberes e práticas de cuidado indígenas e não indígenas. O serviço deverá considerar os modelos explicativos indígenas, as concepções de corpo, pessoa, do processo saúde-doença e outros pressupostos cosmológicos, as práticas de auto-atenção e as práticas promotoras de saúde indígenas em mesmo nível de importância que o saber e as práticas não indígenas, inclusive que o saber e a prática biomédica;

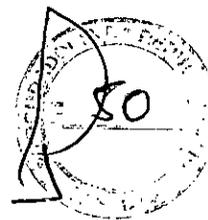
b. promova uma atenção integral considerando os diferentes determinantes que influenciam o processo de adoecimento e cura em especial os socioeconômicos diretamente relacionados aos agravos de saúde mental como acesso ao trabalho, cultura, educação, lazer, etc.

c. promova atenção em saúde a partir da potencialização e articulação com os recursos comunitários com vistas a garantir o fortalecimento e valorização dos mesmos estimulando o protagonismo de ações promotoras de saúde mental próprias das comunidades;

d. articule as suas ações com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS de Mato Grosso do Sul como os leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros.”

O citado parecer vai ao encontro da linha de pensamento elucidada pelos estudiosos e observadores antes citados.





Acerca da **indesejada redução da problemática à patologização e medicação**, convém expor a necessidade de uma política específica, pensada a partir dos usos, costumes e tradições dos indígenas – tal como reconhecido pela Constituição Federal (art. 231). A proposta tem o propósito de evitar que os pressupostos orientadores dos cuidados na sociedade envolvente sejam aplicados para a compreensão dos problemas das populações indígenas acriticamente. Daí a suma importância da coautoria da Comunidade Indígena em sua elaboração.

Acerca da necessária relativização das políticas de bases genéricas, a título conclusivo, vale o seguinte excerto:

“As categorias psiquiátricas formuladas em nosso horizonte de tradição, ao serem transpostas para pensar fenômenos que ocorrem em outras sociedades, podem patologizar comportamentos que são socialmente reconhecidos e validados. Em relações históricas de poder e dominação, como a vivenciada pelos Waiwai, essa perspectiva sustenta todo um processo de medicalização de corpos, de pessoas e de instituições sociais. (...)

Sem que essas condições sejam observadas a psiquiatria pode se tornar um dispositivo de poder-saber biomédico a serviço da patologização e medicalização dos corpos e subjetividades das pessoas indígenas, bem como de colonização de comportamentos e instituições sociais.”⁹⁰

2. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

2.1. Da competência da Justiça Federal

Como sabido, a Constituição da República, em seu art. 109, inciso I, estabelece a competência da Justiça Federal para *“processar e julgar 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 acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho”*.

90 FERREIRA, L. O. Jurupari ou “Visagens”: Reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. *Mediações*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 249-265, 2011 *apud* Lucas da Silva Nóbrega em “Parecer Técnico n. 152/CGAPSI/DASI/SESAI” - Procedimento Administrativo n. 1.21.001.000064/2011-86 – Fls. 114-117 e 120-123.



A competência territorial dessa 2ª Subseção Judiciária do Estado de Mato Grosso do Sul evidencia-se na medida em que a Reserva Indígena de Dourados – local do dano – encontra-se nos limites dessa circunscrição judiciária. Satisfeito portanto, o quanto contido no art. 2º da Lei n. 7.347/85 segundo o qual “*as ações previstas nesta Lei serão propostas no foro do local onde ocorrer o dano, cujo juízo terá competência funcional para processar e julgar a causa*”.

2.2. Da legitimidade ativa

Cabe ao Ministério Público promover a defesa do Estado Democrático de Direito, da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, conforme preceitua o art. 127 da Constituição Federal. Além disso, tem como função institucional (art. 129 da Constituição Federal) “*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*”.

Por sua vez, a Lei Complementar n. 75/93, ditando as funções institucionais e competências do *Parquet*, previu:

“Art. 6º Compete ao Ministério Público da União:

(...)

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

a) a proteção dos direitos constitucionais;

(...)

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;

d) outros interesses individuais indisponíveis, homogêneos, sociais, difusos e coletivos;

(...)”

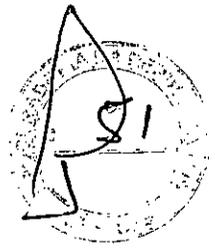
“Art. 5º São funções institucionais do Ministério Público da União:

(...)

III - a defesa dos seguintes bens e interesses:

a) o patrimônio nacional;





- b) o patrimônio público e social;
 - c) o patrimônio cultural brasileiro;
 - d) o meio ambiente;
 - e) **os direitos e interesses coletivos, especialmente das comunidades indígenas, da família, da criança, do adolescente e do idoso;**
- (...)"

Na mesma toada, diz o artigo 134 da Constituição Federal que *"A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal."*

E preleciona a Lei Complementar n.º 80, de 1994:

Art. 4º São funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras:

(...)

VII – **promover ação civil pública** e todas as espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos quando o resultado da demanda puder beneficiar grupo de pessoas hipossuficientes;

VIII – **exercer a defesa dos direitos e interesses individuais, difusos, coletivos e individuais homogêneos** e dos direitos do consumidor, na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal;

(...)

X – **promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos necessitados**, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela;

(...)

Portanto, a legitimidade extraordinária do Ministério Público Federal e a Defensoria Pública decorre das regras do direito processual civil, constituindo um dos requisitos processuais subjetivos de validade indispensável para o julgamento do mérito da demanda. Antônio Cláudio da Costa Machado⁹¹ define legitimidade como *"a qualidade*

91 In: Código de Processo Civil Interpretado. 4º ed. São Paulo: Monole, 2004, p. 339.



processual de titular da ação decorrente da titularidade, em abstrato, da relação controvertida deduzida em juízo (ordinária) ou da vontade da lei (extraordinária)”.

No caso em testilha, busca-se assegurar a tutela da saúde mental dos indígenas da Reserva de Dourados, interesse coletivo de caráter indivisível, cuja proteção interessa a toda a coletividade.

2.3. Da legitimidade passiva

UNIÃO, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL e MUNICÍPIO DE DOURADOS são partes legítimas para figurarem no polo passivo do presente feito que tem o propósito de implementar política pública a bem da saúde mental indígena, especificamente no combate aos agravos do álcool e outras drogas.

O direito à saúde é direito social assegurado constitucionalmente pelo artigo 6º da Constituição Federal. Ademais, o artigo 23, inciso II, da Carta Republicana dispõe ser da **competência comum** dos entes federativos *“cuidar da saúde e da assistência pública”*, bem como combater *“os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos”*.

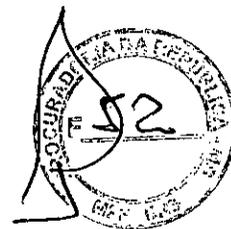
A seu turno, o artigo 196 da Constituição de 1988 estabelece:

Art. 196. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido 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.

O Supremo Tribunal Federal já teve a oportunidade de firmar que a norma oriunda do texto do art. 196 da Constituição impõe obrigação solidária os entes federados:

Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo. AI





550.530 AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, j. 26-6-2012, 2ª T, DJE de 16-8-2012.

Direito à saúde. Tratamento médico. **Responsabilidade solidária dos entes federados. Repercussão geral reconhecida.** Reafirmação de jurisprudência. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.

RE 855.178 RG, rel. min. Luiz Fux, j. 5-3-2015, P, DJE de 16-3-2015, Tema 793.

Ressalte-se ainda que a presente ação civil pública tem o propósito de tutelar **interesses indisponíveis de crianças e adolescentes indígenas**. Nesse passo, importante salientar que a Emenda Constitucional n. 65/2010 inseriu sensíveis previsões no artigo 227, dentre eles, destaque-se:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, **com absoluta prioridade**, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, **além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.** (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

(...)

§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

(...)

VII - **programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins.** (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

(...)"

Indubitável, portanto, a legitimidade solidária dos entes federativos para figurarem no polo passivo desta ação civil pública – quer em razão da tutela do direito à saúde mental, quer em razão da proteção especial constitucionalmente prevista para as crianças e adolescentes – diga-se, com *absoluta prioridade*.



2.4. Do Mérito

É assente que o direito à vida, à saúde, à liberdade e ao acesso à justiça, tal como assegurados na Constituição de 1998, consubstanciam direitos fundamentais de primeira e segunda dimensão, compreendendo tanto garantias do indivíduo em face do Estado quanto caracterizados por exigirem prestações positivas do Estado, o deve agir para a consecução dos fins perfilhados pelo constituinte.

Neste sentido Alexandre de Moraes, trazendo excerto de Acórdão do STF, preleciona:

“Modernamente, a doutrina apresenta-nos a classificação de direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira gerações, baseando-se na ordem histórica cronológica em que passaram a ser constitucionalmente reconhecidos. Assim destaca o Min Celso de Mello: 'enquanto os direitos de primeira geração (direitos civis e políticos)- que compreendem as liberdades clássicas, negativas ou formais – realçam o princípio da liberdade e os direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais) – que se identificam com as liberdades positivas, reais ou concretas – acentuam o princípio da igualdade, os direitos de terceira geração, que materializam poderes de titularidade coletiva atribuídos genericamente a todas as formações sociais, consagram o princípio da solidariedade e constituem um momento importante no processo de desenvolvimento, expansão e reconhecimento dos direitos humanos, caracterizados, enquanto valores fundamentais indisponíveis, pela nota de uma essencial inexauribilidade’”.⁹²

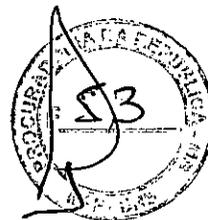
Como cediço, a essência dos direitos fundamentais de segunda geração é o direito a prestações positivas. “*Não se cuida mais, de liberdade do cidadão perante o Estado, e sim de liberdade por intermédio do Estado*”.⁹³ Os direitos a prestações positivas, na lição de Robert Alexy,⁹⁴ podem se dividir em dois grupos: a) **Direitos a prestações fáticas - consistem na efetiva ação estatal no mundo dos fatos como, por**

92 (STF – Pleno – MS nº 22164/SP – rel. Min. Celso de Mello, Diário da Justiça, Seção I, 17-11-1995, p. 39.206)”

93 SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003. p. 52.

94 ALEXY, Robert. *Teoria de los Derechos Fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997. p. 195.





exemplo, o pagamento de um auxílio social ou a efetivação de uma política pública; e b) Direitos a prestações normativas - consistem na produção normativa que possibilite o exercício de determinado direito. São exemplos todas as normas de eficácia limitada, como a que regula o direito de greve dos funcionários públicos ou a que versa sobre a participação dos trabalhadores nos lucros das empresas.

Ressalte-se, lado outro, que o princípio da dignidade da pessoa humana, insculpido no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, baliza todo o ordenamento jurídico funcionando como vetor axiológico para sua compreensão.

Daniel Sarmiento, em sua obra intitulada “A ponderação de interesses na Constituição”, com percuciência, ensina:⁹⁵

“Na verdade, o princípio da dignidade da pessoa humana exprime, em termos jurídicos, a máxima kantiana, segundo a qual **o Homem deve sempre ser tratado como um fim em si mesmo e nunca como um meio**. O ser Humano precede o Direito e o Estado, que apenas se justificam em razão dele. Nesse sentido, **a pessoa humana deve ser concebida e tratada como valor-fonte do ordenamento jurídico, como assevera Miguel Reale, sendo a defesa e promoção da sua dignidade, em todas as suas dimensões, a tarefa primordial do Estado Democrático de Direito**. Como afirma José Castan Tobena, el postulado primario del Derecho es el valor próprio del hombre como valor superior e absoluto, o lo que es igual, el imperativo de respecto a la persona humana.

Nesta linha, o princípio da dignidade da pessoa humana representa o epicentro axiológico da ordem constitucional, irradiando efeitos sobre todo o ordenamento jurídico e balizando não apenas os atos estatais, mas também toda a miríade de relações privadas que se desenvolvem no seio da sociedade civil e do mercado. A despeito do caráter compromissário da Constituição, pode ser dito que o princípio em questão é o que confere unidade de sentido e valor ao sistema constitucional, que repousa na idéia de respeito irrestrito ao ser humano – razão última do Direito e do Estado”

A melhor doutrina⁹⁶ aponta o Estado de Direito como um conceito tipicamente liberal, oriundo das ideias da Revolução Francesa e Independência norte-

95 SARMENTO, Daniel. A Ponderação de Interesses na Constituição. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2000. p. 59.

96 José Afonso da Silva. Carlos Ari Sundfeld.



americana. É um modelo que visa, fundamentalmente, a proteção do cidadão em face do Estado. De forma consentânea com essa premissa temos como suas características básicas as seguintes: **a) A supremacia da Constituição; b) A submissão ao império da Lei; c) A separação dos Poderes; e d) Enunciado e garantia dos direitos individuais.**

O pleno exercício dos direitos fundamentais é a própria razão do estado democrático de direito. O estado, enquanto coletividade, existe para a obtenção de uma finalidade: o bem comum. É indissociável da ideia de bem comum a possibilidade de livre exercício dos Direitos Fundamentais, ou seja, o direito de acesso à justiça, à educação, à saúde, à segurança, à liberdade de locomoção e, principalmente, à vida humana digna. É indissociável do conceito de estado democrático de direito a vida humana digna. A dignidade da pessoa humana, fundamento do estado democrático de direito, é o núcleo em torno de qual gravitam todos os direitos e garantias fundamentais.

Ao tratar da inércia estatal, obrigatoriamente adentra-se no âmbito que compreende o dever-poder de administrar. Esses deveres-poderes são expressos em lei, impostos pela moral administrativa e exigidos pelo interesse público.

O poder de agir converte-se no dever de agir, para que a Administração Pública o exerça em benefício da coletividade. Logo, se, no direito privado o poder de agir é uma faculdade, no direito público é uma imposição, um dever imposto ao agente público, pois não se admite a omissão da autoridade diante de situações que exijam a sua atuação.

Conclui-se, pois, que hoje impera o princípio da discricionariedade mínima da Administração Pública na estruturação e funcionamento das políticas públicas constitucionais, o que, destarte, acha-se longe da conduta omissiva e reiterada dos réus na condução da hipervulnerável situação da saúde mental dos indígenas da Reserva Indígena de Dourados, em nítida afronta à legalidade e eficiência administrativas.

Quanto ao direito constitucional à saúde, expresso no artigo 196 da Constituição Federal como “dever do Estado”, um aspecto de fundamental relevo é a compreensão de que o direito à saúde é mais amplo do que a simples assistência médica, significando “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não





consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”,⁹⁷ devendo ser assegurado com essa extensão.

Nesse viés, é evidente que, sendo a saúde direito subjetivo público de cada cidadão, e conseqüentemente, de toda a coletividade, o é, igualmente, dos índios.

Com efeito, dentre os direitos fundamentais dos Povos Indígenas está o acesso à Saúde, que reclama um modelo adequado à diversidade de seus valores culturais, que atenda aos princípios do controle social, da integralidade e da universalidade próprios do Sistema Único,⁹⁸ mas, também, de diferenciação, especificidade e tradição cultural que lhe são peculiares.

Nesse contexto, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 9.836 de 23/09/99, conhecida como “Lei Arouca”, que regulamenta o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

⁹⁷ Definição de saúde consagrada na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO).

⁹⁸ Art. 7º da Lei n. 8.080/90.



§ 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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Em complemento, a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), prevendo a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde - que assegurasse aos índios, em última análise, o direito à vida.

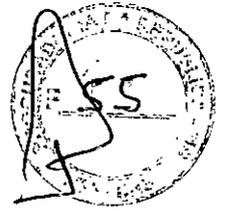
2.4.1 – Da concretização de políticas públicas constitucionais

A causa de pedir trazida a lume nesta ação, bem como os seus pedidos, não ensejarão interferências indevidas do Ministério Público Federal e do Poder Judiciário sobre competências exclusivas do Executivo.

Concerentemente à execução de políticas públicas constitucionais, hoje se impõe o princípio da discricionariedade mínima da Administração Pública. A esse respeito, vale observar o quanto decidido pelo Supremo Tribunal Federal na ADPF 45 - que trouxe à discussão a intervenção do Poder Judiciário em tema de concretização de políticas públicas. A decisão concessiva da Medida Cautelar restou assim ementada:

EMENTA: ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. A QUESTÃO DA LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DO CONTROLE E DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, QUANDO CONFIGURADA HIPÓTESE DE ABUSIVIDADE GOVERNAMENTAL. DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE





DO ARBÍTRIO ESTATAL À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA "RESERVA DO POSSÍVEL". NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO "MÍNIMO EXISTENCIAL". VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS (DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO).

Continuando, nessa direção, cumpre destacar observações doutrinárias acerca do tema, racionalmente ajustadas à questão discutida:

“A constituição confere ao legislador uma margem substancial de autonomia na definição da forma e medida em que o direito social deve ser assegurado, o chamado *'livre espaço de conformação'* (...). Num sistema político pluralista, as normas constitucionais sobre direitos sociais devem ser abertas para receber diversas concretizações, consoante as alternativas periodicamente escolhidas pelo eleitorado. A apreciação dos fatores econômicos para uma tomada de decisão quanto às possibilidades e aos meios de efetivação desses direitos cabe, principalmente, aos governos e parlamentos”.⁹⁹

“Em princípio, o Poder Judiciário não deve intervir em esfera reservada a outro Poder para substituí-lo em juízos de conveniência e oportunidade, querendo controlar as opções legislativas de organização e prestação, a não ser, excepcionalmente, quando haja uma violação evidente e arbitrária, pelo legislador, da incumbência constitucional”.¹⁰⁰

“No entanto, parece-nos cada vez mais necessária a revisão do vetusto dogma da Separação dos Poderes em relação ao controle dos gastos públicos e da prestação dos serviços básicos no Estado Social, visto que os Poderes Legislativo e Executivo no Brasil se mostraram incapazes de garantir um cumprimento racional dos respectivos preceitos constitucionais”.¹⁰¹

“A eficácia dos Direitos Fundamentais Sociais a prestações

99 ANDREAS JOACHIM KRELL, *Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha*, Editora Fabris, Porto Alegre, 2002, p. 22 e 23.

100 ANDREAS JOACHIM KRELL, op. cit. p. 22 e 23.

101 ANDREAS JOACHIM KRELL, op. cit. p. 22 e 23.



materiais depende, naturalmente, dos recursos públicos disponíveis; normalmente, há uma delegação constitucional para o legislador concretizar o conteúdo desses direitos. Muitos autores entendem que seria ilegítima a conformação desse conteúdo pelo Poder Judiciário, por atentar contra o princípio da Separação dos Poderes (...). Muitos autores e juizes não aceitam, até hoje, uma obrigação do Estado de prover diretamente uma prestação a cada pessoa necessitada de alguma atividade de atendimento médico, ensino, de moradia ou alimentação. Nem a doutrina nem a jurisprudência têm percebido o alcance das normas constitucionais programáticas sobre direitos sociais, nem lhes dado aplicação adequada como princípios condição da justiça social. **A negação de qualquer tipo de obrigação a ser cumprida na base dos Direitos Fundamentais Sociais tem como consequência a renúncia de reconhecê-los como verdadeiros direitos.** (...)

Em geral, está crescendo o grupo daqueles que consideram os princípios constitucionais e as normas sobre direitos sociais como fonte de direitos e obrigações e admitem a intervenção do Judiciário em caso de omissões inconstitucionais.¹⁰²

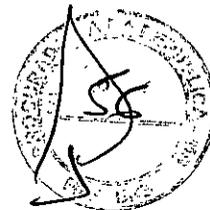
Dito isso, vislumbra-se que não há possibilidade de se exercer qualquer juízo de oportunidade ou de conveniência relativamente à concretização de políticas públicas imprescindíveis a realizar os direitos fundamentais e, assim, os objetivos constitucionais, mormente ao se cuidar de uma gama considerável de direitos fundamentais, e, por assim ser, indisponíveis. Reconhecer a inexistência de discricionariedade na concepção e execução das referidas políticas públicas é afirmar que elas devem estar sempre de acordo com os parâmetros de constitucionalidade e legalidade.

Uma **eventual impossibilidade de atuação jurisdicional no caso vertente traduzir-se-ia em verdadeira legitimação da violação à diretiva constitucional atinente à lesão ao postulado da isonomia.**

Nessa ordem de raciocínio, vale advertir que a moderna concepção do direito fundamental à inafastabilidade da jurisdição, sufragado pela Carta Constitucional, artigo 5º, inciso XXXV, assegura não só o acesso à Justiça, mas o direito a uma tutela jurisdicional efetiva e adequada.

102 ANDREAS JOACHIM KRELL, op. cit. p. 22 e 23.





A primazia que ocupa o cumprimento às políticas públicas de índole constitucional, em cotejo com a urgência que o caso requer, justifica a intervenção do Estado-Jurisdição na espécie, fazendo atuar o cumprimento imediato à função social da propriedade rural e eficiência administrativa, diante da ausência ou falha de atuação pelo Estado-Administração.

2.4.2 - Da concretização de política pública essencial e eleita como prioritária pelo Poder Executivo

Não bastasse o fato de a providência em debate inserir-se no rol das políticas públicas constitucionais, ressalte-se que estamos a falar de política pública já eleita como prioritária pelo próprio Poder Executivo.

O Ministério da Saúde elaborou o “Plano Nacional de Saúde – PNS 2016-2019”¹⁰³ e dele consta expressamente do “Capítulo 2. Análise situacional”:

“2.5.5.4. Atenção à saúde da população indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve ser financiado pela União, que aplica diretamente recursos para a atenção integral à saúde desta população. O cuidado integral dos povos indígenas, respeitando seus costumes, crenças e práticas, é prioritário para a União. **Os indicadores relativos à saúde indígena ainda apresentam, em linhas gerais, índices inferiores à população em geral, o que ressalta a necessidade de atenção prioritária a esse grupo populacional.**

A cobertura vacinal da população indígena menor de 7 anos tem aumentado sistematicamente, passando de 71% em 2012 para 73,5% em 2014. Atualmente, o Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento das ações de Atenção Básica nas aldeias com uma rede de serviços composta por 764 Unidades Básicas de Saúde, 352 Pólos Base, 66 Casas de Saúde Indígena (CASAI) e aproximadamente 19,3 mil profissionais de saúde indígena.

Com o intuito de aprimorar o atendimento à saúde nas áreas indígenas, foi ampliado o contingente de profissionais, tendo sido incorporados, até o momento, mais de 350 médicos provenientes do Programa de Valorização dos Profissionais de

103Disponível em
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf> Acessado
aos 15.08.2017.



Atenção Básica e do Programa Mais Médicos.

No saneamento básico, até 2015, foram concluídas 54 obras de novos Sistemas de Abastecimento de Água e 24 reformas/ampliações. Além disso, 35 aldeias foram beneficiadas com novas Melhorias Sanitárias Domiciliares. Em relação à estruturação física para atendimento à saúde indígena, foram concluídas as obras de reformas/ ampliação de 3 Casas de Saúde do Índio (CASAI), 07 Polos Bases e 06 Unidades Básicas de Saúde, além da construção de 05 novos Polos Base e 10 novas Unidades Básicas de Saúde.”

Ademais, do “*Capítulo 3. Objetivos e Metas*”, o Plano Nacional de Saúde não deixa dúvidas acerca dos vetores de atuação eleitos como inadiáveis:

“Objetivo 02. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

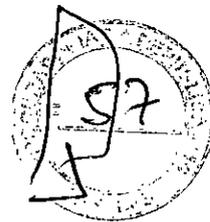
O aprimoramento e articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) constitui-se em importante objetivo estratégico no aprimoramento do Sistema Único de Saúde. As Redes Temáticas consideradas prioritárias foram: Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede Cegonha; **Rede de Atenção Psicossocial, incluindo o cuidado das pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas**; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Neste Plano, dar-se-á prioridade articulação entre essas redes em seus diferentes estágios de constituição.**

A definição destas Redes partiu do diagnóstico da situação epidemiológica de populações específicas, dos problemas relacionados ao cuidado materno infantil, aos transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas, ao cuidado às Pessoas com Deficiências, com doenças crônicas, e dos graves problemas de atenção às urgências e emergências e atenção hospitalar em todo o país.

(...)

A Rede de Atenção Psicossocial busca garantir a atenção à saúde e a livre circulação das pessoas com transtornos mentais, e tem como principal evolução propositiva impulsionar um salto qualitativo na organização da rede substitutiva de Centros de Atenção Psicossocial (CAP) e outros componentes da Rede, com a finalidade de reduzir drasticamente as internações em hospitais psiquiátricos. Para dar suporte a essa proposição o SUS





conta com serviços e equipamentos variados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Essas iniciativas têm como finalidade a ampliação do acesso por meio da elevação da cobertura de CAPs, unidades de acolhimento, serviços residenciais terapêuticos, leitos de saúde mental em hospital geral e empreendimento solidário/cooperativismo social, utilizando-se de subsídios técnicos e financeiros. **Nesse contexto, haverá priorização da ampliação da capacidade de cuidados dos usuários de crack, álcool e outras drogas. Serão implementadas ações de prevenção de droga baseadas em escola para crianças de 6 a 14 anos e ações de prevenção de drogas voltadas para familiares.**

(...)

Metas:

(...)

Incentivar a implantação de 480 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Apoiar a construção de 160 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS III - 24 horas.

Apoiar a implantação de 162 novos CAPS-AD e CAPS-AD III

Apoiar a implantação de 502 leitos de saúde mental em hospitais gerais (...)"

Objetivo 05. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle social.

Compete à União, na forma das Leis nº 9.836/99 e nº 10.683/03, assegurar às populações indígenas nacionais o direito à saúde, por meio do exercício da direção superior das políticas públicas nacionais de atenção à saúde e do financiamento das ações desenvolvidas em seu âmbito, implementadas de forma articulada com os demais órgãos e entidades responsáveis pelas políticas indigenistas e de saúde no País.

Em respeito às especificidades da realidade e das culturas indígenas, especialmente no que concerne à forma de organização dos povos indígenas, e aos seus costumes, às suas línguas, crenças e tradições, há o reconhecimento, na



Constituição Federal de 88 e em outras leis, da necessidade de adotar políticas públicas diferenciadas que promovam e assegurem os seus direitos e interesses, especialmente na área da saúde.

Por essa razão, a Lei nº 9.836/99 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fundamentado no conceito basilar de que cada povo indígena tem suas próprias concepções, seus valores e suas formas próprias de vivenciar a saúde e a doença e que as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico, vivida por cada povo.

A lei ratifica a obrigatoriedade de o Poder Público considerar, na formulação e implementação de políticas de saúde indígena, a realidade local e as especificidades da sua cultura, especialmente na definição do modelo de atenção à saúde, que deve se pautar por uma **abordagem diferenciada e global**, que contemple os aspectos de assistência à saúde e suas estruturas físicas, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação indígena e integração institucional.

(...)"

Por sua vez, o Plano Estadual de Saúde – PES 2016-2019,¹⁰⁴ quando da análise situacional da população indígena afirma que *“a proximidade aos centros urbanos acrescentou também a esta agenda as doenças psiquiátricas (depressão e a adição alcoólica e a drogas ilícitas) e também as doenças crônicas decorrentes de mudanças nos hábitos alimentares e comportamentais, incluindo os referentes ao planejamento familiar”*.

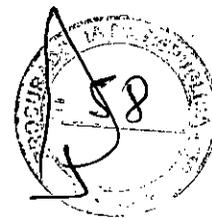
Quando da descrição das *“Diretrizes, Objetivos e Ações”* o Plano do Estado de Mato Grosso do Sul explicitou¹⁰⁵ o propósito de fortalecer a Atenção Básica através da definição de políticas norteadoras aos municípios na implantação/implementação de **políticas de saúde prioritárias** e, ao fazê-lo, **descreveu como uma das ações a ser tomada a seguinte:**

“10. Fortalecer Ações de Combate às Violências”.

104 Disponível em <<http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/88/2015/11/PES-2016-2019-Vers%C3%A3o-Final.pdf>> Acessado aos 15.08.2017.

105 Capítulo 06. *“Objetivo 1.2.”* Fl. 110 e seguintes do Plano Estadual.





De todo o exposto nas razões fáticas dessa peça processual (alto índice de acolhimento de crianças decorrente de drogadição dos pais; alto índice de violência sexual contra crianças e adolescentes; altíssimo índice de suicídios, dentre outros) mostra-se indubitosa a afirmação no sentido de que a implementação de uma política para a saúde mental dos indígenas da Reserva de Dourados, hoje, exsurge como a principal ação no âmbito das políticas de saúde pública para o combate à violência.

Já no “Objetivo 2.2”¹⁰⁶ descreve como ação direcionada a garantia à população ao **“acesso e qualidade nos serviços especializados com demanda reprimida”**, como o é, sem sombra de dúvidas, a atenção especializada em saúde mental indígena – especialmente diante dos índices de suicídios mais de 5 (cinco) vezes superiores à média nacional.

Na mesma linha, o “Objetivo 5.3”¹⁰⁷ prevê o **fortalecimento da participação dos diversos segmentos da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas de saúde:**

Ações:

1. Articular com a SES e apoiar os municípios na implantação/implementação de ações das Políticas de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde, **incluindo a população indígena e outros grupos vulneráveis.**

Atendo-nos especificamente à saúde mental, destaque-se que a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a **Rede de Atenção Psicossocial** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dita Portaria estabelece as seguintes diretrizes e objetivos específicos para a Rede de Atenção Psicossocial:

Art. 2º Constituem-se **diretrizes** para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes

106 Capítulo 06. “Objetivo 2.2.” Fl. 112 e seguintes do Plano Estadual.

107 Capítulo 06. “Objetivo 5.3.” Fl. 117 e seguintes do Plano Estadual.



sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

(...)

Art. 4º São **objetivos específicos** da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;"

Em tema de recursos orçamentários, consigne-se que a Resolução n. 541, de 17 de fevereiro de 2017¹⁰⁸ – advinda do Conselho Nacional de Saúde – estatuiu que “*para o **estabelecimento de prioridades** para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o **Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2018**”, o Ministério da Saúde deverá observar diversas diretrizes eleitas. Dentre elas, cite-se:*

108 Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso541.pdf>> Acessado aos 15.08.2017.





“Art. 2º O Ministério da Saúde, em observância ao disposto no artigo 1º, deverá atender também às seguintes diretrizes:

(...)

V - fortalecimento de todas as redes de atenção, **em especial a rede de saúde mental e demais transtornos, com ênfase nas ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas**, com ampliação e garantia de abertura e/ou manutenção dos investimentos dos serviços substitutivos e leitos integrais em hospitais gerais, bem como as redes de atenção às pessoas com deficiência e à saúde bucal;

(...)

VII - **aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado na atenção diferenciada, no cuidado integral e intercultural, observando as práticas de saúde tradicionais**, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais, com prioridade para a garantia da segurança alimentar;”

No âmbito local, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (2017) do município de Dourados, em seu Anexo I, estabelece como diretrizes e metas para a elaboração do Orçamento a “*atenção à saúde dos povos indígenas*”. Considerando que a atenção básica é prestada pela União, a LDO estaria a tratar da atenção especializada – como o é a saúde mental.

2.4.3 - Da absoluta prioridade das políticas destinadas às crianças e aos adolescentes

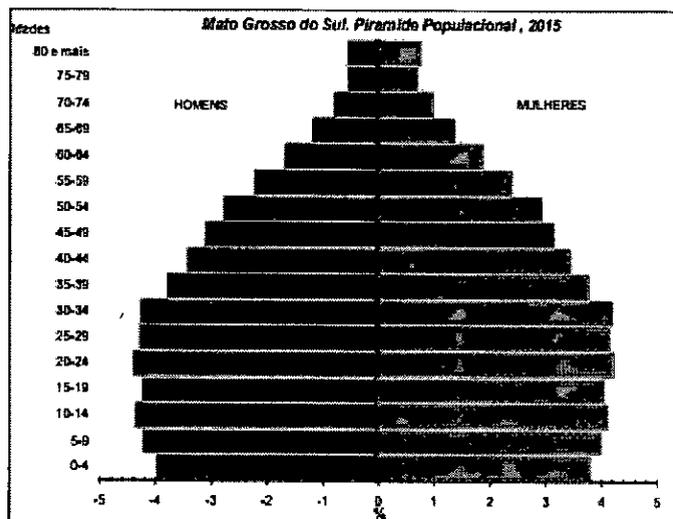
Como já salientado anteriormente, o objeto desta ação civil pública destina-se, também e principalmente, à proteção das crianças e dos adolescentes indígenas contra os agravos decorrentes da ausência de políticas públicas no interior da Reserva Indígena de Dourados – especificamente destinadas à promoção da saúde mental indígena.

A urgência decorre do fato de a população da Reserva Indígena – diferentemente da população do Estado de Mato Grosso do Sul – é uma população jovem. A



estrutura piramidal tem sua base alargada, diferentemente do que ocorre com a estrutura da sociedade envolvente.

O “Plano Estadual de Saúde – PES 2016-2019” colacionou a seguinte projeção para a população do Estado de Mato Grosso do Sul (ano de 2015):¹⁰⁹

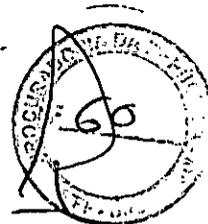


Já o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) através do Portal da Saúde¹¹⁰ trouxe a seguinte estrutura piramidal para a população indígena do Polo-Base de Dourados - Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado de Mato Grosso do Sul:

¹⁰⁹ Disponível em <<http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/88/2015/11/PES-2016-2019-Vers%C3%A3o-Final.pdf>> Acessado aos 15.08.2017.

¹¹⁰ Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>> Acessado aos 1º.09.2017.



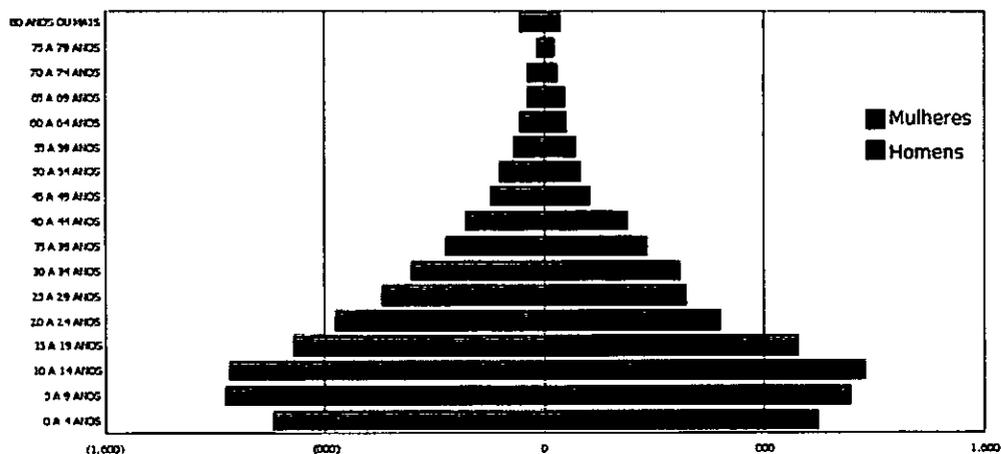


Pirâmide populacional dos indígenas cadastrados no SIASI em 2013 por diversos parâmetros de territorialidade indígena ou nacional.

Ose: Polo Base: Aldeia: Etnia:
 Região Brasil: Estado: Município: Região Saúde:

Pirâmide Populacional Indígena

SIASI 2013



Os números também se encontram disponíveis e SIASI – Portal Saúde e denotam que **56,89% da população indígena do Polo Base de Dourados têm idade entre 0 (zero) e 19 (dezenove) anos.**

Sexo	F	M
Faixa Etária	Indígenas	Indígenas
80 ANOS OU MAIS	(89)	61
75 A 79 ANOS	(29)	41
70 A 74 ANOS	(64)	54
65 A 69 ANOS	(62)	77
60 A 64 ANOS	(92)	88
55 A 59 ANOS	(115)	118
50 A 54 ANOS	(162)	135
45 A 49 ANOS	(196)	171
40 A 44 ANOS	(286)	308
35 A 39 ANOS	(359)	381
30 A 34 ANOS	(486)	498
25 A 29 ANOS	(592)	518
20 A 24 ANOS	(762)	646
15 A 19 ANOS	(914)	925
10 A 14 ANOS	(1.145)	1.173
5 A 9 ANOS	(1.166)	1.122
0 A 4 ANOS	(990)	999
Total	(7.509)	7.315

Fonte: SIASI/SESAI/MS



A questão é saber se viola o princípio da independência dos poderes a condenação dos entes requeridos na obrigação de fazer consistente na criação de políticas públicas de atenção à saúde da população indígena – predominante constituída por crianças e adolescentes.

A Constituição Federal de 1988 em seu art. 6º deixa claro que a proteção à infância é um direito social:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a **saúde**, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à **infância**, a assistência aos desempregados, na forma desta Constituição (...).

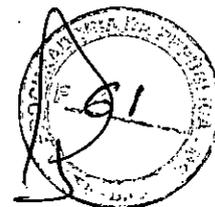
Em seu art. 227, a Carta Magna assegura à criança e ao adolescente *com absoluta prioridade* todos os direitos fundamentais da pessoa humana, proclamando ser dever do Estado, da família e da sociedade a efetivação desses direitos:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à **criança** e ao adolescente, **com absoluta prioridade**, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, **além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência**, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A Lei Maior, no art. 227, § 1º, imputou ao Estado o dever de promover programas assistenciais para efetivação da proteção integral à saúde da criança e do adolescente. No § 3º, do mesmo artigo, estão elencados os direitos básicos da proteção especial que goza a criança e adolescente, entre eles no inciso VII donde consta expressamente a consecução de *"programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins"*, havendo no § 7º a indicação de que **os recursos orçamentários** para realização dessas ações governamentais **virão da seguridade social** e outras fontes.

O Estatuto da Criança e do Adolescente veio dar maior detalhamento da proteção integral prevista na Constituição Federal estabelecendo nos arts. 208 a 219 ação de responsabilidade para proteção dos interesses individuais, difusos e coletivos dos menores.





Diante da determinação constitucional corroborada pelo ECA de que será dada prioridade absoluta à proteção da criança e do adolescente, especialmente preferência à formulação das políticas sociais públicas para atendimento de menores dependentes químicos, é um dever do Estado impostergável – **o ato não é discricionário, mas vinculado** – vez que **o legislador constituinte já elegeu como prioridade absoluta a proteção à infância e a efetivação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente**. Não prevalece os critérios de conveniência e oportunidade diante da prioridade absoluta imposta como princípio constitucional em favor da infância.

O caso não é de indevida interferência do Poder Judiciário no poder discricionário da administração pública, porquanto é perfeitamente possível o Poder Judiciário através da prestação jurisdicional condenar os entes federativos a uma obrigação de fazer num processo oriundo de ação civil pública, desde que objetive a tutela à Saúde, ao Meio Ambiente, ao Consumidor, ao Patrimônio Público e a todos os interesses identificados como difusos, coletivos ou individuais homogêneos. Sendo certo que no caso concreto se exige tão somente a observância do mandamento constitucional.

Ademais, de que adiantaria a Carta Magna e as normas infraconstitucionais proclamarem que é dever do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação da criança, assim como colocá-la a salvo de *qualquer forma de negligência* ou omissão, se não assegurasse meios para o efetivo cumprimento desse dever? Seria o absurdo de conceber um dever facultativo, não obrigatório!

Se prevalecer o argumento de que o Poder Judiciário não pode determinar a atuação, então quem poderá fazê-lo? Como conciliar tal posicionamento com aquela previsão constitucional de que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (CRFB/88 - art. 5º, XXXV).

O art. 208, III, do ECA determina que são regidas *pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referentes ao não-oferecimento ou oferta irregular e atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade*: Estabelece, ainda no art. 213 que *a ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o*

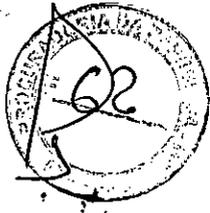


resultado prático equivalente ao do adimplemento. Em face das referidas disposições legais visível que a presente ação não objetiva eleger prioridades para a administração pública, mas sim exigir o reconhecimento da imprescindibilidade de efetivação das estruturas mínimas de atendimento à infância e juventude, e de aplicação do comando constitucional da prioridade absoluta na formulação e execução das políticas públicas destinadas ao universo infanto-juvenil, sendo que o legislador infraconstitucional reconhecendo a obrigação imposta ao Estado, bem como a importância do direito à educação infantil regulamentou expressamente o direito de ação contra o ente público visando assegurar a assistência social e à saúde das crianças e adolescentes. Portanto, sendo a oferta de programas de prevenção e atendimento especializado aos dependentes químicos obrigação do ente público determinada pela Constituição Federal (art. 227, § 3º, VII) e havendo explícita previsão legal de ação judicial para fazê-lo cumprir essa obrigação mostra-se sem qualquer respaldo a tese de que o Judiciário está ingerindo na esfera discricionária do Poder Executivo, até porque no presente caso inexistente discricionariedade, pois a atividade em debate é vinculada, a liberdade de atuação do administrador *in casu* está circunscrita à forma como será cumprido o ditame legal.

A discricionariedade administrativa deve ser entendida como dever jurídico orientado pela legalidade. Deve ser analisada em consonância com os novos imperativos sociais inseridos numa sociedade de massa globalizada, diante dos quais a aparente potestatividade da discricionariedade estatal restringe-se a um campo delimitado por marcos em que a legitimidade, moralidade e legalidade estabelecem contornos que jamais podem ser violados. Nesse esteio, a discricionariedade administrativa jamais pode servir para afrontar a Constituição Federal.

Se há norma constitucional determinando categoricamente ser de “*absoluta prioridade*” as obrigações estatais relativas à criança e ao adolescente, com ênfase na criação de “*programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins*” (artigo 227), bem como dispositivo infraconstitucional estabelecendo a prioridade na formulação de políticas públicas e destinação privilegiada de recursos para realização dessas políticas (ECA - art. 4º, parágrafo único, “c” e “d”) **ao assim não proceder está o ente público violando o princípio da legalidade**, surgindo dessa violação lesão aos direitos da criança e ao interesse difuso da sociedade em ver suas crianças recebendo a proteção integral a que têm direito.





Nas palavras de Fábio Comparato¹¹¹ o **Estado Social de Direito** é “*aquele em que os Poderes Públicos não se contentam em produzir leis ou normas gerais, mas dirigem efetivamente a coletividade para o alcance de metas predeterminadas*”. Prossegue o mencionado autor afirmando que a “*legitimidade do Estado passa a fundar-se, não na expressão legislativa da soberania popular, mas na realização de finalidades coletivas, a serem concretizadas programadamente, o critério classificatório das funções e, portanto, dos Poderes estatais só pode ser o das políticas públicas ou programas de ação governamental*”.

Andreas J. Krell¹¹² em sua monografia Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha assevera que o princípio da separação dos poderes deve ser compreendido hodiernamente tendo em vista as condições diferenciadas do moderno Estado Social:

“(…) não parece lícito invocar regram abstratas e ortodoxas sobre a Separação de Poderes, nem “pensar subsistência radical daquilo que no passado sugeriria Montesquieu”, para com isso desprezar a realidade presente e renunciar a soluções práticas de utilidade geral.

O Estado Social moderno requer uma reformulação funcional dos poderes no sentido de uma distribuição que garanta um sistema eficaz de freios e contrapesos, para que “a separação dos poderes não se interponha como véu ideológico que dissimule e inverta a natureza eminentemente política do direitos. Na medida que as leis deixam de ser vistas como programas *condicionais* e assumem a forma de programas *finalísticos*, o esquema clássico da divisão dos poderes perde sua atualidade.

Na mesma linha, Mancuso alega que essa nova percepção leva a um modelo de Estado de Direito no sentido plenamente *material* (e não formal), onde **os atos emanados pelos Três Poderes, para terem validade e legitimidade, têm de vir respaldados por todo um contexto jurídico-social, dominado pela nota da efetividade, com destaque para os valores maiores da moralidade, eficiência, economicidade, razoabilidade e proporcionalidade**. Por isso, deve existir a possibilidade de cobrança das obrigações de fazer do poder público estabelecidas na própria Constituição, sendo a sindicabilidade judicial a regra, o que vale especialmente para os objetivos de algumas políticas sociais que foram claramente formulados no texto.

111 Revista dos Tribunais 737, p. 16-17.

112 Andreas J. Krell. Direitos social e controle judicial no Brasil e na Alemanha; os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2002, p. 90/91.



Segundo o citado autor, não há fundamento técnico-jurídico ou argumentação logicamente sustentável que dê respaldo a uma pretensa assimilação entre as políticas públicas e os atos exclusivamente políticos ou puramente discricionários. **Dada a indisponibilidade dos interesses públicos, torna-se pequena a margem de efetiva discricção nos atos e condutas da Administração Pública** (“liberdade vigiada”).

Na base do acima exposto, torna-se evidente que o apego exagerado de grande parte dos juizes brasileiros à teoria da Separação dos Poderes é resultado de um atitude conservadora da doutrina constitucional tradicional, que ainda não adaptou as suas “lições” às condições diferenciadas do moderno Estado Social e está devendo a necessária atualização e reinterpretção de velhos dogmas do constitucionalismo clássico.

A prova de que a separação dos poderes não pode ser interpretada de forma inflexível está consubstanciada no controle jurisdicional *in abstracto* da constitucionalidade das leis, bem como na possibilidade do controle jurisdicional da Administração Pública. A submissão dos Poderes Legislativo e Executivo ao controle jurisdicional é a base do Estado constitucional, no qual vem consagrado, incontestavelmente, o sistema de freios e contrapesos, inconciliável com a versão rígida da separação dos poderes.

Não há exclusivismo ou isolamento entre os poderes, mas interdependência. O Judiciário é o legítimo revisor da violação de direitos subjetivos e coletivos pela administração de qualquer dos Poderes na busca da concretização do bem público.

Por outra ótica, quanto à questão orçamentária, vale colacionar o quanto contido no artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com **absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;





- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

A prioridade já está eleita constitucional e infraconstitucionalmente. Determinar o seu cumprimento é determinar obrigação de fazer ao poder público com fundamento no princípio da legalidade. Não se trata de intervenção na órbita do Poder Executivo. O objeto desta ação civil pública é a formulação e execução de uma política destinada, especialmente, à prevenção e atendimento especializado às crianças e aos jovens indígenas dependentes de entorpecentes. Não se dita qual a política a ser adotada. Não há qualquer interferência, ainda que se reconheça a estreitíssima discricionariedade administrativa no caso.

A propósito da questão “dotação orçamentária” ensina Lúcia Valle Figueiredo¹¹³:

“O orçamento não é uma peça livre para o Administrador. Há valores que são priorizados pelas Constituições Federal e Estadual. Aqui, também, por vezes, o administrador não tem qualquer discricionariedade, pois, do contrário, seria lhe dar o poder de negar, pela via transversa, a escala de prioridades e de urgência que foi constitucionalmente fixada.”

Em resumo, não há no caso em exame nenhuma discricionariedade ao administrador. Discricionariedade aqui entendida em seu correto e jurídico sentido, que, para se configurar, necessário a existência de um leque de alternativas, dentre as quais ele escolhe a que melhor atenda ao interesse público. Não tendo na espécie o administrador a opção entre oferecer ou não atendimento às crianças e adolescentes dependentes químicos em situação de risco, pois esta última opção está em completo desacordo com o ordenamento jurídico, imperiosa a tutela jurisdicional da questão, não podendo ser afastada sob argumento de independência entre os poderes.

113 Ação Civil Pública. Ação Popular. A defesa dos interesses difusos e coletivos. Posição do Ministério Público. Revista Trimestral de Direito Público”, n. 16, p. 27, n. 16.



3 - DOS PEDIDOS

3.1 – Do pedido de antecipação da tutela

De acordo com o art. 84 da Lei n.º 8.078/90 – aplicável às ações civis públicas em geral por força do art. 21 da Lei n.º 7.347/85 –, na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer, “*sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente*” (§ 3º).

A relevância do fundamento da presente demanda (*fumus boni iuris*) já foi demonstrada no item anterior. Como evidenciado, tanto a Constituição Federal quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente já estabeleceram a “*absoluta prioridade*” e, inclusive, a “*destinação prioritária de recursos*” para os fins aqui pleiteados. Além disso, estamos a tratar do direito à vida e à saúde, buscando assegurar, ao menos, o *mínimo* para existir com dignidade.

Quanto à existência do “*justificado receio de ineficácia do provimento final*” (*periculum in mora*) foram elencados diversos dados fáticos no Tópico “1.5 – *Dos agravos decorrentes desse cenário de indiferença hostil*” que denotam a **precariedade, a urgência e o contínuo agravamento** das lesões aos direitos fundamentais dos indígenas residentes na Reserva Indígena de Dourados em razão da ausência estatal.

Nesse contexto, considerando que a população indígena do Polo-Base de Dourados representa apenas 6,79% da população do município de Dourados, os índices de violência e os índices de acolhimento de crianças e adolescentes indígenas mostram-se sobremaneira eversivos.

Entre os anos de 2012 e 2014 a taxa média anual de homicídios entre os indígenas do Polo-Base de Dourados alcançou o quantitativo de 101,18 homicídios a cada grupo de 100 mil habitantes. No mesmo período, o Estado de Mato Grosso do Sul registrou a taxa média anual de 26,1 homicídios a cada grupo de 100 mil habitantes e o Brasil,





considerando os mesmos dados paramétricos, registrou a taxa média anual de 29,2 homicídios por grupo de 100 mil habitantes.

A situação exige uma atuação urgente dos poderes constituídos. Os índios de Dourados morrem mais até quando comparados aos demais indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul. Frise-se que os índios do Polo-Base de Dourados morrem por homicídio a uma taxa média anual 100 % (cem por cento) superior à taxa média anual registrada para os demais indígenas do mesmo Estado.

Todas as fontes consideradas e as informações detalhadas sobre esse excerto se encontram amplamente grafadas no Tópico “1.5.1 – Índices crescentes de violência registrados no interior da Reserva Indígena de Dourados”.

Igualmente considerando que a população indígena do Polo-Base de Dourados representa apenas 6,79% da população do município de Dourados, a Vara da Infância e da Juventude local informou que entre os anos de 2014 e 2016 houve um incremento médio anual de 5% dos acolhimentos de crianças e adolescentes indígenas. Com relação aos não índios, no mesmo período, registrou-se uma diminuição do número de acolhimentos em percentual equivalente aproximadamente a 5%.

No entanto, o panorama registrado no ano de 2017 é preocupante. A Vara da Infância informou que durante todo o ano de 2016 foram acolhidas 282 (duzentas e oitenta e duas) crianças indígenas. No ano de 2017, até o mês de agosto, 310 (trezentas e dez) crianças indígenas já haviam sido acolhidas.

Somente nesse período, o aumento dos acolhimentos já superou o quantitativo do ano passado em mais de 10% (dez por cento). **Ou seja, além da urgência, há um contínuo e permanente agravamento da situação.**

A médio o longo prazo, esses dados podem ser ainda mais prejudiciais. Isso porque pesquisas denotam que 35,5% dos jovens acolhidos também estão envolvidos no sistema de justiça juvenil, em comparação com apenas 4,4% dos jovens que não estão sob cuidados.



Todas as fontes consideradas e as informações detalhadas sobre esse excerto se encontram amplamente grafadas no Tópico “1.5.2 – Índices crescentes de crianças acolhidas em abrigos”.

Já com relação às unidades de internação, considerando que atendem a toda a Região de Dourados (composta por 22 municípios), temos que a população indígena dessa mesma região representa apenas 3,44% da população total assistida.

Apesar de representar parcela populacional ínfima (3,44%), 20% dos adolescentes do sexo masculino internados são indígenas. A taxa média – por cem mil habitantes – denota que os adolescentes indígenas são internados a um percentual 700% superior quando comparados com a população jovem não indígena.

Todas as fontes consideradas e as informações detalhadas sobre esse excerto se encontram amplamente grafadas no Tópico “1.5.3 – Índices crescentes de adolescentes em unidades de internação”.

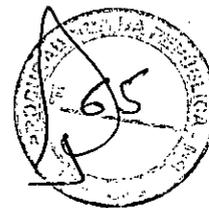
A gravidade do quadro relativo à saúde mental indígena alcança índices alarmantes em tema de mortes por suicídio.

Entre os anos de 2007 e 2016 foram registradas 457 (quatrocentos e cinquenta e sete) mortes de indígenas só no Estado de Mato Grosso do Sul – o equivalente a uma média anual de 93,39 mortes para cada grupo de 100 mil habitantes indígenas.

Somente no ano de 2012 o Distrito Sanitário Especial Indígena registrou 56 (cinquenta e seis) mortes por essa causa entre os indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul. O número é atroz – representa uma taxa de 114,44 suicídios a cada grupo de cem mil habitantes.

A truculência exsurge quando verificamos que a média mundial no mesmo período foi de 11,4 mortes por 100 mil habitantes e a média nacional foi de 6,0 suicídios por grupo de 100 mil habitantes.





No ano de 2015, enquanto a média nacional ficou em 2,6 mortes/100 mil habitantes e a taxa da Índia alcançou 17,9 mortes/100 mil habitantes, a média registrada para os indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul foi de 89,92 suicídios por grupo de 100 mil habitantes.

Todas as fontes consideradas e as informações detalhadas sobre esse excerto se encontram amplamente grafadas no Tópico “1.5.4 – Índices de suicídios 09 vezes superior à média nacional e 05 vezes superior à média de casos registrados na Índia”.

Em síntese: **I)** a **UNIÃO FEDERAL**, através de sua política de aldeamento, congregou indígenas de diferentes etnias no exíguo espaço demográfico conhecido como Reserva Indígena de Dourados, hoje com mais de 12.000 habitantes; **II) UNIÃO, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL e MUNICÍPIO DE DOURADOS** mostram-se omissos quanto aos seus deveres constitucionais e legais de tutela à vida e à saúde da população indígena de Dourados – denotando sua “política imparcial e igualitária” como a mais clara demonstração da chamada “teoria do impacto desproporcional”; **III)** os índices de violência, suicídios, acolhimento de crianças e internação de adolescentes indígenas alcançam patamares insustentáveis e mostra-se permanentes e crescentes; **IV)** o objeto desta ação civil pública trata de obrigação de fazer a ser imposta aos poderes públicos com fundamento no princípio da legalidade – porque a atuação prioritária no caso já foi determinada constitucional e infraconstitucionalmente; **V)** a obrigação de fazer pleiteada encontra amparo nos objetivos e metas fixados tanto no Plano Nacional de Saúde PNS 2016-2019 quanto no Plano Estadual de Saúde PES 2016-2019; **VI)** a prioridade para alocação de recursos orçamentários encontra-se determinada no artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente; **VII)** não há discricionariedade frente a ato imposto pelo Poder Constituinte e já constante das leis e dos planos de governabilidade lavrados pelo próprio Poder Executivo; **VIII)** o pedido encontra amparo na Constituição, nas leis e na jurisprudência dos tribunais superiores; e, **IX)** busca-se nessa seara a efetividade constitucional – que, no ponto, não passa de “mera folha de papel”.¹¹⁴

Presentes, portanto, os requisitos para a antecipação da tutela pleiteada, requerem os autores o acatamento do pleito.

114 Nas palavras de Ferdinand Lassale.



3.2 – Dos pedidos e requerimentos finais:

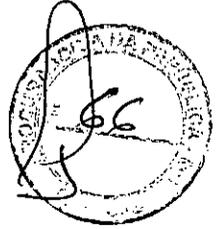
Em razão do exposto, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, a **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL** e a **DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO** requerem:

- 1) O deferimento do pedido liminar para o fim de condenar a **UNIÃO, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL** e **MUNICÍPIO DE DOURADOS** na obrigação de fazer consistente na apresentação de **cronograma de execução** para a implementação de política pública específica destinada à saúde mental dos indígenas da Reserva de Dourados com a explicitação dos **indicadores** a serem monitorados¹¹⁵, as **respectivas ações** e os **órgãos responsáveis** por cada uma delas, no prazo de 60 (sessenta) dias;
- 2) A citação dos demandados nos endereços declinados, para, querendo, contestar a presente demanda no prazo legal;
- 3) A fixação de multa diária no importe de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para o caso de mora ou descumprimento das decisões desse *i. Juízo*, sem prejuízo de multa pessoal em face dos agentes públicos que derem causa ao inadimplemento.
- 4) A dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos;¹¹⁶
- 5) A destinação dos valores decorrentes da eventual aplicação das multas para a SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena – que deverá aplicar tais recursos na realização de exames epidemiológicos aptos à verificação da eventual contaminação de indígenas por agrotóxicos.
- 6) A produção de todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente juntada de documentos, bem como a produção de prova testemunhal e outras admitidas em direito que se mostrem necessárias;

115 Indicadores idôneos à aferição situacional da saúde mental indígena – ex.: diminuição do índice de suicídios; diminuição do quantitativo de crianças acolhidas em razão de drogadição dos pais; diminuição do índice de violência em razão do contato intenso com álcool e outras drogas; aumento do quantitativo de pessoas submetidas a tratamento em razão do contato intenso com álcool e outras drogas, dentre outros.

116 Art. 18 da Lei n. 7.347/85.



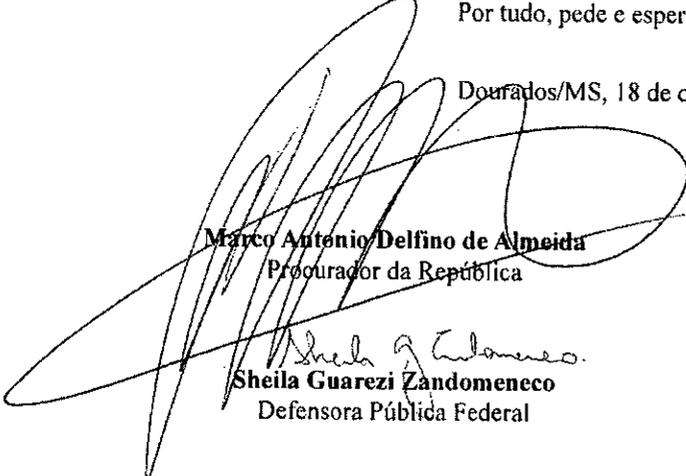


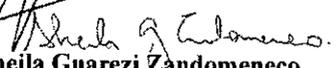
7) A confirmação da antecipação da tutela ou a concessão destes, no mérito, na hipótese de não ter sido concedida a medida requestada liminarmente.

Dá-se à presente causa o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais) para os efeitos legais.

Por tudo, pede e espera deferimento.

Dourados/MS, 18 de dezembro de 2017.


Marco Antonio Delfino de Almeida
Procurador da República


Sheila Guarezi Zandomeneco
Defensora Pública Federal


Reginaldo Marinho da Silva
Defensor Público Estadual

Walber Rondon Ribeiro Filho
Defensor Público Federal





MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS
GABINETE DE PROCURADOR DE PRM/DOURADOS

Despacho nº: 51/2019

Referência: PRM-DRS-MS-00000713/2018

Assunto: SOLICITAÇÕES DIVERSAS

~~Instaure-se procedimento de acompanhamento sobre ação de saúde mental (ACP 5000780-70.2017.4.03.6002).~~ Instaure-se igualmente um procedimento sobre Acolhimento de crianças indígenas e cumprimento do art.28 § 6º do ECA: "§ 6º Em se tratando de criança ou adolescente indígena ou proveniente de comunidade remanescente de quilombo, é ainda obrigatório:

I - que sejam consideradas e respeitadas sua identidade social e cultural, os seus costumes e tradições, bem como suas instituições, desde que não sejam incompatíveis com os direitos fundamentais reconhecidos por esta Lei e pela Constituição Federal;

II - que a colocação familiar ocorra prioritariamente no seio de sua comunidade ou junto a membros da mesma etnia;

III - a intervenção e oitiva de representantes do órgão federal responsável pela política indigenista, no caso de crianças e adolescentes indígenas, e de antropólogos, perante a equipe interprofissional ou multidisciplinar que irá acompanhar o caso.

O presente documento deverá ser juntado ao segundo procedimento.

Dourados, 18 de janeiro de 2019.

MARCO ANTONIO DELFINO DE ALMEIDA
 PROCURADOR DA REPUBLICA