I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA

SIMONE MARIA PALHETA PIRES

VALTER MOURA DO CARMO

Copyright © 2020 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais, seguridade e previdência social [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: José Ricardo Caetano Costa

Simone Maria Palheta Pires

Valter Moura do Carmo – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-073-2
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constituição, cidades e crise

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. I Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Apresentação

A atual pandemia gerou o cancelamento do Encontro Nacional do CONPEDI, que seria realizado no Rio de Janeiro. Em acertada decisão da diretoria da nossa Sociedade Científica do Direito, foi realizado o Encontro Virtual do CONPEDI nos dias 23 a 30 de junho. A presente publicação é resultado do Grupo de Trabalho denominado DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL, que esteve reunido virtualmente no dia 26 de junho, das 13hs às 17h30.

As reflexões foram enriquecidas com a apresentação de vinte e cinco artigos científicos, seguidos de debates por meio dos quais foram construídas contribuições importantes para o desenvolvimento de uma visão crítica sobre a seguridade social e a efetividade dos direitos sociais constitucionais no Brasil.

Os temas dos trabalhos apresentados versaram desde a complexidade da análise da questão da saúde no Brasil, como direito fundamental, em meio a pandemia, às possíveis violações do direito fundamental à seguridade social integral e a judicialização da saúde. Tais debates possuem imenso interesse teórico e prático para conjuntura social que o pais enfrenta.

Sobre a Previdência Social, temas como o fim da aposentadoria compulsória da magistratura no Brasil; a possibilidade do não recolhimento de contribuições previdenciárias dos contribuintes individuais que recebem auxilio emergencial; a reverberação dos danos das relações de trabalho na Previdência Social; a lentidão dos processos junto ao INSS, com pedido de benefícios previdenciários, o que gera violação ao direito fundamental à seguridade social; o Mandado de Injunção como instrumento efetivo para a concretização da aposentadoria especial, entre outros, foram refletidos, enriquecendo os debates.

Em relação a Educação, temas relevantes como os impactos da crise econômica de 2008 na Educação no Brasil e críticas ao ingresso precoce de crianças no Ensino fundamental foram apresentados.

Outros temas importantes academicamente, como: os avanços e retrocessos de medidas para redução das desigualdades sociais na Constituição Federal de 1988; sobre a aposentadoria por idade do trabalhador rural, também sobre o estado do “mal estar social”, análise da pobreza e aporofobia no Brasil; a alteração legislativa para concessão do benefício às

crianças com microcefalia; nutrição e alimentação para idosos, como direito humano e proteção social ao profissional denominado de “motoboy”, foram brilhantemente apresentados.

Ressaltamos a diversidade entre os participantes do Grupo de Trabalho, pois fazem parte de diversas regiões do país, com suas especificidades locais, que torna o diálogo muito mais frutífero.

Por fim, frisamos a densidade de cada pesquisa, o que demonstra o excelente nível das produções que ora apresentamos.

#ContinuePesquisando

Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa – Universidade Federal do Rio Grande (UFRG)

Profa Dra Simone Maria Palheta Pires – Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – Universidade de Marília (UNIMAR)

Nota técnica: Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social apresentados no I Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (https://www.indexlaw.org/), conforme previsto no item 8.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

O DIREITO FUNDAMENTAL A SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS POVOS INDÍGENAS: O DIREITO A ALTERIDADE POR MEIO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA (SASI)

THE FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF INDIGENOUS PEOPLES: THE RIGHT TO CHANGE THROUGH THE INDIGENOUS HEALTH CARE SUBSYSTEM (SASI)

Julia Thais de Assis Moraes [1]
Vivianne Rigoldi
Simone Loncarovich Bussi

Resumo

o trabalho visa analisar o direito fundamental a saúde face a identidade indígena, com aporte na Constituição Federal de 1988, que amparou o direito a saúde como um direito fundamental social. Para realizar a atual pesquisa empregou-se o método hipotético dedutivo, a partir do seguinte questionamento: como o SASI possibilita a realização do direito fundamental a saúde aos indígenas? Os procedimentos metodológicos utilizados foram a pesquisa bibliográfica e qualitativa.

Palavras-chave: Direito fundamental a saúde, Constituição federal de 1988, Saúde indígena, Sasi

Abstract/Resumen/Résumé

the work aims to analyze the fundamental right to health in the face of indigenous identity, based on the Federal Constitution of 1988, which supported the right to health as a fundamental social right. In order to carry out the current research, the hypothetical deductive method was used, based on the following question: how does SASI enable the fundamental right to health of indigenous people to be realized? The methodological procedures used were bibliographic and qualitative research.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Fundamental right to health, 1988 federal constitution, Indigenous health, Sasi

[1] Mestranda em Teoria Geral do Direito pelo Centro Universitário de Marília UNIVEM 2019/2021 .

Introdução

A Constituição Federal de 1988 positivou o direito a saúde no artigo 6º, posicionando-o como um direito fundamental social. A classificação desse direito como um direito social, significa que o Estado tem como dever assegurar meios materiais e condições fáticas que possibilitem o bem-estar ao cidadão. Estes mecanismos são aqueles que asseguram o cuidado a saúde (SARLET, 2001, p. 15), como o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem previsão no texto constitucional. Em razão deste dever constitucional, de prestar o direito a saúde, este direito recebe o status de direito prestacional, que se classifica como direito de segunda dimensão, compreendido como direito a prestações positivas do estado.

A prestação estatal em relação ao direito a saúde se reveste de uma dupla fundamentalidade, que é a formal e material. A fundamentalidade em sentido material encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, evidenciada pela importância da saúde como pressuposto da manutenção a vida com dignidade, saudável e com certa qualidade (SARLET; FIGUEREDO ,2013, p.10). Sendo que essa fundamentalidade material torna-se necessária para que seja possível à fruição dos demais direitos, fundamentais ou não, inclusive no sentido de viabilização do livre desenvolvimento da pessoa e de sua personalidade.

A fundamentalidade formal consiste em sua positivação como um direito fundamental, pois é parte integrante da Constituição escrita, situando-se no ápice de todo o ordenamento jurídico (SARLET; FIGUEREDO, 2013, p.11). Com isso, o direito fundamental a saúde passa a ser uma norma de aplicação imediata, como assevera o artigo 5º § 1º, sendo enfatizada pelo artigo 196 que prescreve o seguinte dever fundamental: " 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 " (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 , BRASIL).

E para instrumentalizar o direito fundamental a saúde foi estruturado o Sistema Único de Saúde (SUS), regidos pelos seguintes princípios constitucionais: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL). Dessa forma, a previsão constitucional proporcionou a criação da lei 8.080/1999, afim de regulamentar especificamente ações e serviços do referido sistema. Ressaltando que assim como texto

constitucional a lei infraconstitucional do SUS prevê inicialmente que: “ a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício “ (LEI 8080/1999, BRASIL).

O direito a saúde sendo um direito fundamental, que deve ser prestado pelo Estado passou a ser garantido e regulamentado pela lei 8.080/199 que estruturou o Sistema Único de Saúde, como foi mencionado acima. Dessa maneira, para que houvesse o pleno exercício desse direito e sistema para os povos indígenas, o Estado elaborou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o SASI, por meio da Lei 9.836/199 visando estabelecer condições para que os indígenas fossem atendidos de acordo com sua identidade étnica (LEI 9.836/1999, BRASIL), visto que o direito a saúde envolve tanto as condições sociais como aquelas biopsicologicas.

Nesse sentido cabe ressaltar que a própria Constituição Federal de 1988 possibilitou que se organizasse um sistema de saúde que atendesse as condições indígenas, em razão do reconhecimento do direito a alteridade indígena, instituído no caput do artigo 231, que prevê que os indígenas são reconhecidos em conformidade aos seus usos e costumes (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL). O direito a alteridade previsto no texto constitucional, passa a ser pressuposto para o exercício dos demais direitos, tal como o direito fundamental a saúde. O direito a alteridade indígena, consubstanciado no Capítulo VIII representa a constitucionalização dos direitos indígenas, passando a orientar o Estado para o respeito a identidade indígena, tornando-a elementar para que os indígenas possam ser inclusos em todos os benefícios estatais sem deixarem sua identidade.

O direito a saúde envolver a fundamentalidade material, como assevera Ingo Sarlet, que é a viabilização do livre desenvolvimento da pessoa e de sua personalidade , e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena proporciona isso aos indígenas . Dessa forma, as especificidades da cultura dos povos são levadas em consideração na prestação do direito à saúde, destacando que esse subsistema é instrumentalizado em conjunto ao SUS, tornando de fato o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (LEI 9.836/1999, BRASIL).

Demonstrado os elementos principais do direito fundamental a saúde e como este se projeta em relação aos indígenas torna-se necessário expressar a seguinte o questionamento: como o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, SASI, possibilita a

realização do direito fundamental a saúde aos indígenas? Sendo este questionamento a diretriz que orientará a presente pesquisa. Nesse contexto ressalta-se, os objetivos do trabalho, como objetivo geral tem-se a conceituação do direito fundamental a saúde prevista na Constituição de 1988, bem como se dá sua instrumentalização pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E como objetivo especifico tem-se a análise do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), como uma projeção do direito fundamental a saúde voltada aos indígenas, de modo atender a todos sem discriminação.

Para realizar a atual pesquisa empregou-se o método hipotético dedutivo, a partir do seguinte questionamento mencionado acima, visando buscar elementos teóricos que sejam aptos a responde-lo. E como procedimentos metodológicos utilizados foram a pesquisa bibliográficas e qualitativa.

1. Breve histórico da constitucionalização do direito à saúde

O direito fundamental a saúde foi consagrada no texto constitucional com uma série de outros direitos a serem prestados pelo Estado, tais como o direito a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL). Estes direitos refletem os avanços da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e justifica a denominação “Constituição Cidadã “, fundada sob um Estado Democrático de Direito que buscou as bases do constitucionalismo de cunho democrático-social.

As bases do constitucionalismos democráticos sociais torna-se primordial na constitucionalização do direito a saúde face a atual constituição, visto que antes de 1988, a proteção do direito à saúde ficava restrita a algumas normas esparsas, tais como a garantia de “socorros públicos” na Constituição de 1824, no artigo 179 XXXI (CONSTITUIÇÃO DE 1824, BRASIL) , ou a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência na Constituição de 1934, no artigo 113, caput (CONSTITUIÇÃO DE 1934 , BRASIL). Os diplomas constitucionais anteriores a presente constituição, tutelava a saúde de modo indireto, no âmbito das normas definidoras de competências entre os entes da Federação, em termos legislativos e executivos . Sendo possível observar essa tutela indireta nas seguintes constituições: na Constituição de 1934, no artigo 5º, XIX, “c”, e artigo 10, II; na Constituição de 1937, artigo 16, XXVII, e artigo 18, “c” e “e”; na Constituição de 1946, no artigo 5º, XV, “b” e artigo 6º; na Constituição de 1967, artigo

8º, XIV e XVII, “c”, e no artigo 8º, § 2º, depois transformado em parágrafo único pela Emenda Constitucional nº 01/1969.

Além das normas de saúde serem indiretas nas constituições anteriores a 1988, as intervenções de saúde ao logo do século XX pautavam-se, em geral, por dois objetivos. E primeiro lugar, para fazer frente a situações emergenciais, muitas vezes com uso do aparato policial; e em segundo lugar, para manter a integridade física do trabalhador para evitar que as forças produtivas do Estado fossem enfraquecidas (PIVETTA, 2013, p. 111). No início do século XX até aproximadamente 1930, o modelo de saúde estatal se configurava pelo enfrentamento de doenças epidêmicas, como a febre amarela, que se denominava de “campanhista” , segundo Luís Roberto Barroso (BARROSO, 2008, p.883) .

O modelo campanhista privilegiava o combate às epidemias, como forma de se evitar que o contágio de doenças se alastrasse de maneira incontrolável sobre a população. Entretanto não havia, uma concepção de saúde ligada a qualquer conceito de “qualidade de vida” ou de “proteção da dignidade da pessoa humana” (SCLIAR, 2005, p.107). As ações do Estado não tinham um aspecto promocional da saúde, restringindo sua atuação a uma esfera de proteção geral, voltadas a evitar a disseminação de doenças. Ainda, nesse período o Poder Público não promovia ações curativas ligadas ao aspecto promocional da saúde. Sendo estas prestadas por entidades particulares e por hospitais de caridade (BARROSO, 2008, p.884).

Somente na década de 1930 que o Estado passa a desenvolver estruturas públicas voltadas a esse tipo de atividade. A partir deste momento o Departamento Nacional de Saúde Pública deu lugar ao Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a constituir o Ministério da Saúde como uma pasta autônoma. Dessa forma, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (os IAPs), que eram responsáveis por prestar serviços curativos. Contudo, nessa específica dimensão prestacional, a saúde pública não era universalizada, podendo apenas usufruir desses serviços dos IAPs os trabalhadores que eram contribuintes dos institutos de previdência (BARROSO, 2008, p.884).

Em 1964, no período de ditadura militar, os IAPs foram reunidos em torno do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que criaram o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. No entanto, a estrutura pública de atendimento à saúde se destinava apenas aos trabalhadores urbanos com carteira assinada, fazendo com que uma parcela

significativa da população, não tivesse acesso a saúde , dependendo as instituições de caridade (BARROSO, 2008, p.884).

Ao longo da década de 1970, permanecia a lógica campanhista de proteção da saúde pública, privilegiando o combate a doenças infecciosas e parasitárias. O modelo campanhista adotava uma concepção de saúde privatista e curativista. A perspectiva privatista se caracterizava pelo acesso não universalizado aos serviços de saúde, sendo restrito aos trabalhadores que possuíam carteira assinada, e pelo fato que a maioria dos serviços era prestada por instituições privadas, que recebiam repasses do Estado. E curativista porque as medidas preventivas eram desprestigiadas, assim como outros fatores determinantes da saúde, como a pobreza e a falta de saneamento básico que não eram consideradas pelo Poder Público como problemas ligados à saúde.

Na Constituição Federal de 1988 o direito a saúde ganhou contornos próprios ao direito fundamental à saúde, pois a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL). Sendo que esse dispositivo cristaliza o princípio da universalidade, que marca o sistema nacional público de saúde, distinguindo-o de todos os modelos constitucionais pretéritos (PIVETTA, 2013, p.115). Dessa maneira, a " Constituição Cidadã " proporciona que todos os indivíduos, independentemente de suas condições pessoais, sejam amparados pelo sistema de saúde. Com isso não é mais preciso, possuir carteira assinada e contribuir para o órgão previdenciário para ter acesso às políticas sanitárias.

O Estado brasileiro ao se estabelecer como um Estado Democrático destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais, devendo garantir a dignidade humana (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL) passou a adotar não mais o modelo campanhista na área de saúde, mas um modelo baseado no atendimento integral primário, secundário e terciário, que envolve desde medidas preventivas até as emergenciais . Assim, as normas definidoras do direito a saúde passaram a ser de aplicação imediata, pois foram definidas no texto constitucional em conformidade como o constitucionalismo democrático social, que busca a efetivação da igualdade material.

E todo este contexto de mudanças, desde legislativas a modelos gestão da saúde resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.Sendo este pautado na universalidade das ações e dos serviços de saúde, em consonância com o direito fundamental a igualdade, pois até então o acesso a saúde era assegurado somente aos trabalhadores com vínculo formal e respectivos beneficiários (RAEFFRAY,2005, p.260). Assim o SUS se constituiu como um sistema único,

simultaneamente marcado pela descentralização e regionalização das ações e dos serviços de saúde, explicitando a relevância pública das ações e dos serviços de saúde e com objetivo de oferecer a assistência de saúde a todos, refletindo a constitucionalização do direito à saúde.

2. O direito a saúde na Constituição de 1988

O texto constitucional é iniciado pelo seu preâmbulo, que prevê o Estado Democrático brasileiro se destina que a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, como a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988). Contudo o elemento primordial para que se possa desfrutar destes direitos é que o Estado ofereça condições, sendo uma dessas a assistência à saúde. Dessa maneira, o direito a saúde foi positivado como um direito social no artigo 6º.

O direito à saúde previsto no artigo 6º a Constituição de 1988, é destinado a todos sendo titularizado por todas as pessoas que se encontrarem sob o manto da Constituição, sendo ou não brasileiras e, residindo ou não no País. Este direito configura-se como como um direito público subjetivo a prestações estatais, devendo o poder público formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem a garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência médico hospitalar (PEREIRA, 2015, p. 11).

A prestação estatal de assistência, são prestações positivas estatais, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais, sendo direitos que possibilitam o direito da igualdade (SILVA, 2013, p.100). Assim, a Constituição preza pela a cura e a prevenção de doenças através de medidas que asseguram a integridade física e psíquica do ser humano como consequência direta do fundamento da dignidade da pessoa humana.

O cuidado a saúde entrelaça o interesse individual e o interesse social, pois o bem-estar integral possibilita a perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o organismo social e seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo a saúde torna-se pressuposto e condição indispensável para toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação,

da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político (CRETELLA JUNIOR, 2001, p. 433).

Com isso, o estado assume o dever de prestar a assistência de saúde, o qual a assume um caráter programático, cujos destinatários são todos os entes políticos que constituem no plano institucional a organização federativa do Estado Brasileiro (PEREIRA, 2008, p. 110). Nesse sentido, o texto constitucional alocou o as disposições do direito a saúde no Título VIII – Da Ordem Social, no Capítulo II – Da Seguridade Social, na Seção II – Da Saúde. A razão deste posicionamento reflete como a saúde une o individual e social, pois a " Ordem Social ", conforme previsão do artigo 193 da CF prescreve que a ordem social se baseia no trabalho primado do trabalho, objetivando o bem-estar e a justiça social (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL). Sendo isso possível somente a partir do cuidado a saúde dos cidadãos.

Cabe destacar também que o direito à saúde foi situado dentro do quadro da Seguridade Social, que, na forma do artigo 194 da Constituição faz a seguinte prescrição: "a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde " (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL). E essa prescrição reflete a vontade do legislador em proteger a saúde através de políticas públicas adotadas pelos entes estatais visando prevenir e reduzir o risco de doenças e promover o cuidado à saúde.

No Seção II do Capítulo da Seguridade Social tem-se a prescrição normativa de que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, devendo o Poder Público legislar sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, e principalmente devendo executa-lo diretamente ou através de terceiros bem como pessoa física ou jurídica de direito privado (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL). Assim, o dever de o Estado proporcionar o direito a saúde configura-se como direito público subjetivo a prestações estatais, devendo o poder público formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem a garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência médico hospitalar (PEREIRA, 2015, p. 11).

O direito a saúde tona-se um direito subjetivo, pois a norma inscrita artigo 196, menciona a promoção a saúde como um dever do estado, assumindo um caráter programático, cujos destinatários são todos os entes políticos que constituem no plano institucional a organização federativa do Estado Brasileiro. E para enfatizar essa destinação a todos entes federativos o artigo 23 da CF/88, prevê a competência comum

da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em cuidar da saúde e assistência pública (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL).

Em seguida tem destaca a previsão normativa do artigo 197 da CF/88, que se relaciona com o artigo seguinte do texto constitucional, o artigo 198, o qual estabelece os princípios basilares do Sistema Único de Saúde, que são: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

A partir do contexto demonstrado compreende-se que o texto constitucional permite inferir o caráter universal do direito à saúde, e consequentemente do próprio SUS, como direito de todos e de cada um. O princípio da universalidade cunhado ao direito a saúde, por meio do SUS, possibilita que o direito à saúde seja reconhecido a todos pelo fato de serem pessoas. Destacando que isso não impede que haja diferenciações na aplicação prática da norma, especialmente quando sopesada com o princípio da igualdade, como é o caso do Subsistema de Atenção à Saúde indígenas que será abordado (SARLET, 2008, p 228).

3. Princípios jurídicos presentes na problemática do direito a saúde face a Constituição de 1988

A presente seção de destina a compreensão dos princípios jurídicos presentes na problemática do direito à saúde. Dessa forma, ressalta-se que para iniciar essa discussão a respeito dos princípios foi necessário realizar uma breve digressão histórica nas Constituições anteriores a de 1988 para demonstrar que o direito a saúde não era universal, devendo preencher requisitos estabelecidos pelas normas infraconstitucionais, visto que as normas definidoras do direito à saúde eram tratadas de modo indireto nos textos constitucionais pretéritos, como foi discutido.

Torna-se válido destacar também a o segundo capítulo analisou como foi disposto o direito a saúde na Constituição Federal de 1988. O direito à saúde, foi classificado como um direito social, devendo o Estado prestar a todos de forma indistinta, no artigo 6º, mas o referido direito foi especificado nos artigos 196, 197 e 198, sendo nestes artigos as determinações precisas em relação a atuação estatal no direito à saúde. E também se evidencia que o texto constitucional prevê as bases do Sistema Único de Saúde, SUS, no artigo 198, que deriva a lei infraconstitucional 8.080/1999 que instrumentaliza o citado sistema, e que também assegurou as bases para a criação do Subsistema de Atenção a

Saúde Indígena, o SASI, que será analiso no momento oportuno, uma vez que é necessário percorrer a trajetória legislativa para que se compreenda a criação desse subsistema.

Realizados os esclarecimentos que justificam o caminho normativo percorrido até o presente momento, aponta-se os princípios jurídica que integram a problemática do direito fundamental a saúde, que são: o mínimo existencial; a reserva do possível e a igualdade. A Constituição Federal de 1988 se constituiu sobre as bases do estado democrático social, portanto possui valores que visam garantir a dignidade humana, sendo estes traduzidos em princípios, que embasam as normas jurídicas, os propriamente direitos fundamentais, como o direito a saúde.

Os princípios, segundo Gomes Canotilho e Vital Moreira, constituem os valores fundamentais, que definem e caracterizam a coletividade política do Estado e enumeraram suas principais opções político-constitucionais (SILVA, 2013, p.123). Dessa forma, assumem a sua importância no contexto da Constituição Democrática, pois direcionam o estado oferecer prestações mínimas aos sujeitos, para que dignidade humana seja assegurada (GUIMARÃES; SOBRINHO, 2013, p.5). Nesse contexto, o princípio do mínimo existencial[1] possibilita a consagração do direito a condições básicas para assegurar a dignidade humana, sendo esses os direitos sociais como o direito a saúde. Assim torna-se possível para que o cidadão viva de forma digna, garantindo pelo Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A concepção do mínimo existencial, resulta do texto constitucional de 1988 através da ilicitude de determinados preceitos constitucionais, tais como a dignidade humana prevista no artigo 1º, III, e a erradicação da pobreza, da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais , prevista no e artigo 3º, III (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, BRASIL) . Esses preceitos constitucionais compreendem um complexo de prerrogativas cuja concretização revela-se capaz de garantir condições adequadas de existência digna, em ordem a assegurar, à pessoa, acesso efetivo ao direito geral de liberdade e, também, a prestações positivas originárias do Estado, viabilizadoras da plena fruição de direitos sociais básicos, tais como o direito à saúde (LÚCIA, 2013, p. 100).

[1] A ideia de um mínimo de existência teve origem na Corte Constitucional Alemã. Embasado no princípio da dignidade da pessoa humana aquela Corte "determinou um aumento expressivo do valor da ajuda social, valor mínimo que o Estado está obrigado a pagar a cidadãos carentes" dando início a um Direito Fundamental a um mínimo vital. (KRELL, 2002. p. 61)

O direito à saúde, previsto na Constituição, por meio do SUS é garantia fundamental do cidadão, indissociável do direito à vida, evidenciando que a sua implicação significa garantir o mínimo existencial do ser humano, consubstanciado no princípio da dignidade da pessoa humana (LÚCIA, 2013, p. 101). Assimo mínimo existencial tem a função de atribuir ao indivíduo um direito subjetivo contra o Poder Público e aos casos de eventual diminuição da prestação dos serviços sociais básicos que garantem a sua existência digna (KRELL, 2002. p. 62), como o SUS e o SASI.

A Constituição Federal prescreve o direito a saúde, e devendo o Estado garantir ao cidadão um mínimo de direitos que são essenciais a uma vida digna, dentre ele o pleno acesso a um serviço de saúde (GUIMARÃES; SOBRINHO, 2013, p.6). Sendo isso possível por meio do acesso universal ao SUS, e do SASI destinado aos indígenas, para que tenham sua identidade étnica assegurada face ao atendimento de saúde. O direito à saúde, torna-se uma garantia fundamental do cidadão, indissociável do direito à vida, o que evidencia que a sua implicação significa garantir o mínimo existencial do ser humano, consubstanciado no princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) , criado pela lei 9.836/1999, vem garantir o direito a saúde aos indígenas, focalizando em grupo historicamente vulnerável possibilitando um mínimo existencial (SCHRAMM, 2011, p.62) . Com isso, o subsistema oferece a assistência de saúde necessária para garantir a integridade física e o bem maior de cada ser humano, a vida, e principalmente levando em consideração a diversidade de culturas, as visões de mundo, hábitos e que compõem o indígena.

O segundo princípio a ser tratado neste capítulo denominado a reserva do possível, que se originou Tribunal Constitucional Alemão no ano de 1972. No referido julgamento foi julgado que mesmo que o Estado dispusesse dos recursos, segundo a reserva do possível não se poderia impor a ele uma obrigação que fugisse aos limites do razoável e do possível (OLSEN, 2006, p.238). Não se poderia exigir o comprometimento de programas vinculados à satisfação de outros interesses fundamentalmente protegidos, para o fim de tornar o acesso ao ensino superior possível a absolutamente todos os indivíduos que assim o quisessem.

Demonstrado a origem do princípio da reserva do possível, infere-se que esse foi inserido na realidade brasileira às avessas. Visto que este princípio é empregado no Brasil como forma de frear a aplicação dos direitos fundamentais, prescrevendo que o Estado não possui recursos suficientes para efetivar os direitos básicos positivados, como o

direito a saúde. Assim, afirma-se que “a reserva do Possível surge como um excelente escudo contra a efetividade dos direitos fundamentais à prestação positiva, pois nada poderia ser feito, ainda que houvesse “vontade política”, face à escassez de recursos” (OLSEN, 2006, p.233).

Ao analisar a reserva do possível em relação ao direito a saúde, e em conjunto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI) infere-se que o legislador não pode clamar a insuficiência de recursos para não efetivar direitos fundamentais. Sendo isso justificado em virtude do artigo 6º prever um direito fundamental dotado de aplicação imediata como prescreve o artigo 5º § 1º. Desse modo, as regiões que necessitam de atendimento aos indígenas devem possibilitar a configuração do SASI, uma vez que o artigo 196 da CRFB/88 afirma que a atuação estatal necessária para o adequado atendimento ao direito fundamental e indisponível à saúde, que prevalece sobre o interesse financeiro (MARTINS , 2013, p.198).

Neste terceiro momento analisa-se o princípio da igualdade no contexto do direito a saúde face o SASI. O princípio a igualdade encontra-se no princípio da dignidade humana, previsto como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, e, portanto, integrante dos normas definidoras dos deveres estatais. Nesse sentido, o quadro do pluralismo democrático na perspectiva de um Estado Social Democrático faz da igualdade um postulado de criação e sustentação de modelos que assegurem a dignidade humana, tal como a saúde (BONAVIDES, 2013). O princípio da igualdade é previsto na primeira parte do artigo 196 da CF/88 que prescreve que a saúde é direito de todos, assim o SASI concretiza a igualdade formal, bem como a material que consiste no tratamento especifico dos indígenas pelo SASI , para que sua alteridade seja levando em consideração na proporção de suas desigualdades em relação a sociedade não indígena

4. O Sistema único de Saúde (SUS): as bases do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI)

Analisado o contexto geral do direito a saúde previsto na Constituição Federal de 1988 torna-se necessário analisar de maneira específica o Sistema Único de Saúde, o SUS. Visto que é por meio deste que o acesso a saúde é oferecido de modo universal a todos que se encontram em território brasileiro, e também em razão de ser elementar para a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o SASI. O SUS é regido pela lei 8080/1990, sendo responsável pelas ações e serviços de saúde em território nacional,

executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (LEI 8.080/1990, BRASIL).

O SUS tem como tarefa a prestação do direito a saúde, é um direito fundamental do ser humano, proporcionando condições indispensáveis ao seu pleno exercício (LEI 8.080/1990, BRASIL).Assim o sistema é responsável pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (LEI 8.080/1990, BRASIL).

O princípio que regem o SUS são: o princípio da universalidade, do atendimento integral e da equidade. O princípio da universalidade, consiste na obrigatoriedade do acesso universal ao SUS, independente das condições pessoais do indivíduo. Segundo o referido princípio o Estado deve garantir fornecer as condições necessárias para o acesso ao SUS bem como à atenção e à assistência à saúde em todos os seus níveis. Destacando o atendimento à saúde preventiva e curativa, vedando quaisquer discriminações decorrentes da condição econômica ou social.

O segundo princípio se denomina atendimento integral, sendo consoante com o inciso II do artigo 198 da CF/88, que prevê o dever estatal de elaboras medidas preventivas e assistenciais a saúde. Assim, o atendimento do SUS deve ser orientado pela totalidade bio-sociopsíquica dos sujeitos, os quais possuem aspectos biológicos, que determinaram o tipo de doença, mas que também está inserido em uma realidade social que possa ter contribuído para o aparecimento deste problema de saúde (ASENSI, 2013, p.140). Este visa medidas que possibilitem uma atenção em saúde integral aos destinatários, incorporando os serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade de forma humanizada.

O último princípio a ser analisado é o princípio da equidade, pois este se relaciona diretamente como SASI, bem como a igualdade material, que foi mencionada no presente trabalho. Assim, a equidade visa as diminuir desigualdades, uma vez que todas as pessoas possuí direito aos serviços saúde, contudo elas não são iguais e possuem necessidades distintas. Dessa forma, a criação do SASI garante que as especificidades indígenas sejam levadas em consideração na assistência de saúde, concretizando o direito a igualdade bem como o acesso a saúde.

5. O reconhecimento constitucional da identidade étnica indígena

O texto constitucional de 1988 preordenou um sistema de normas que pudesse efetivamente proteger os direitos e interesses dos índios. Os artigos. 231 e 232 estabelecem as bases dos direitos dos índios (SILVA, 2013, p. 855), no entanto, cabe esclarecer que o objeto de análise nessa proposta será delimitado no artigo 231.

O caput do artigo 231 reconhece os indígenas em conformidade com suas tradições, usos e costumes instituindo o direito a alteridade, direito a ter uma identidade diferenciada. Sendo essa identidade uma identidade étnica considerada como pressuposto para a efetivação dos demais direitos que o homem indígena possui. Visto a constitucionalização dos direitos indígenas consiste em reconhecer as diferenças indígenas de forma a compreendê-las como integrante da identidade daquele que assim se reconhece, e não a considerá-la um obstáculo.

O texto constitucional volta-se a efetivar a igualdade civil-moral de minorias, tendo em vista a integração comunitária Configurando uma Constituição que tenta amenizar desvantagens historicamente acumuladas, e viabilizar por meio de mecanismos oficiais a garantia de usufruírem de todos os direitos constitucionais sem negarem sua identidade, como assim possibilita o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) que será tratado no próximo capítulo.

O direito a alteridade, também denominado direito a diferença afirma que a cultura e os hábitos singulares indígenas compõem a sociedade nacional (SANTILLI, 2000, p.90). Sendo essa diferença pressuposto para a interação entre indígenas e a sociedade, em condições de igualdade.

Os direitos indígenas (BARBIERI, 2009, p. 69) elencados no Capítulo VIII da Constituição Federal de 1988 (artigos 231 e 232), simbolizam a preocupação constitucional em promover o bem de todos, sem qualquer distinção. A constitucionalização de direitos inerentes aos Índios rompe com o paradigma assimilacionista de considerar os indígenas como sujeitos em patamares inferiores a sociedade, por causa de seus costumes e identidade.

6. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi criado por meio da Lei 9.836/1999 denominada Arouca, devido a atuação do médico sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 1985 e 1989. No ano de 1986, esteve à frente da VIII Conferência Nacional de Saúde conquistando a

elaboração de um projeto de reforma sanitária que previa a criação de um Sistema Único de Saúde.

Posteriormente quando eleito deputado federal para os períodos de 1991/1994 e de 1995/1998, estruturou um sistema que se adequava às necessidades de saúde da população indígena, respeitando as especificidades étnicas e culturais.

A referida legislação se encontra no capítulo V da lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e acerca da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes do Sistema Único de Saúde (SUS). O fundamento do SASI, consiste em um subsistema de saúde que leva em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas, pautando-se em uma abordagem diferenciada e global. Contemplando-se os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

É garantido as populações indígenas o acesso a saúde em âmbito local, regional e a centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde de acordo com sua identidade étnica. Sendo também direito das populações indígenas participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

A missão de gerenciar o SASI foi conferida a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que se desenvolve mediante a elaboração de planos estratégicos nos segmentos de Saneamento Ambiental e de Atenção Integral à Saúde Indígena. Dentre as unidades que compõem a Fundação, destacam-se, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Conclusão

O direito a saúde foi contemplado no texto constitucional como um direito social, sendo caracterizado por um direito de cunho positivo, ou seja, que o Estado deve garantir. Dessa forma, o direito a saúde é garantido pelo Estado por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS, que deve atender a todos sem qualquer discriminação, visto que é um sistema orientado pelo princípio da universalidade. Destaca-se também que antes da Constituição Federal de 1988 o direito a saúde era restrito a alguns requisitos estabelecidos em normas.

A atual constituição recebeu a denominação de Constituição “Cidadã “, pois constitucionalizou diversos direitos, como o direito a saúde e também os direitos indígenas. No que tange aos direitos indígenas, o texto constitucional inaugurou a constitucionalização dos direitos fundamentais indígenas, representado pelo Capítulo VIII, que reconheceu o direito a alteridade, também nominado direito a alteridade, aos indígenas. O direito a alteridade consiste em reconhecer os indígenas em conformidade aos seus usos, costumes e tradições, fazendo desse direito pressuposto para o exercício dos demais direitos constitucionais.

O direito a alteridade projetado na esfera do direito a saúde é concretizado por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o SASI, que atua como um parceiro do SUS, afim de que os indígenas sejam atendidos de acordo com sua identidade étnica. Dessa maneira, o SASI possibilita que o direito a alteridade se faça presente no direito a saúde, bem como o princípio da igualdade material.

O SASI possibilita a efetivação da igualdade civil-moral da minoria indígena, tendo em vista a dignidade humana. Assim as desvantagens historicamente acumuladas pelos indígenas vão se minimizando, e viabiliza-se mecanismos oficiais que garantem que os indígenas desfrutem de todos os direitos constitucionais sem negarem sua identidade.

Referências bibliográficas

ASENSI, Felipe Dutra**. Direito à saúde**. Práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. Curitiba: Juruá, 2013.

BARBIERI, S. R. J.. **Os Direitos Constitucionais Dos Índios E O Direito À Diferença, Face Ao Princípio Da Dignidade Da Pessoa Humana**. 1. Ed. Coimbra: Almedina, 2008.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização efetiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamento e parâmetros para a atuação judicial**. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Coord.). Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

BONAVIDES, Paulo**. Curso de Direito Constitucional**. 28 Ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em 10 de janeiro 2020

_____. **Lei Nº 8.080/1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm .Acesso em 10 de janeiro 2020.

_____. **Lei Nº 9.836/1999.** Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm . Acesso em 10 de janeiro 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Cível n. 2012.081081-7**, de Tubarão, Rel. Des. Nelson Schaefer Martins, SC, Julgamento 18/12/2012. Acesso em.

GUIMARÃES, Marcia; PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **O Direito à Saúde sob a Ótica do Mínimo Existencial eda Reserva do Possível**. Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI.

KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002 . Disponível em : http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/viewFile/263/182 . Acesso em 10 janeiro 2020.

MARTINS, André Luiz. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Dissertação apresentada para obtenção de Título de Mestre,2013.

OLSEN, Ana Carolina Lopes. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais Sociais Frente à Reserva do Possível**, 2006. Dissertação - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais (Thomson Reuters), 2014.

PEREIRA, Potyara. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livr. do Advogado, 2013. .

_____. SARLET, I. W. **Direitos Fundamentais e Processo: O Direito à Proteção e Promoção da saúde entre Tutela Individual e Transindividual.** Revista de Processo, 2011.

SANTILLI. J. (Coordenadora). **Os Direitos Indígenas e a Constituição**. Porto Alegre: Núcleo de Direitos Indígenas e Sergio Antônio Fabris Editor, 2000.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2ª ed. São Paulo: Senac, 2005.

SCHRAMM, Fermin Roland, **Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização**. *Bioética*, Brasília, v. 16, n. 1,p. 11-23, 2008. Disponível em :http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/52/55. Acesso em: 25 nov. 2011.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de**. Direito da Saúde de Acordo com a Constituição de 1988** .São Paulo : Quartier Latin 2005.