

**XXVI ENCONTRO NACIONAL DO
CONPEDI BRASÍLIA – DF**

**DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA
SOCIAL**

JOSÉ EDUARDO SABO PAES

JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D597

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

Coordenadores: José Eduardo Sabo Paes; José Ricardo Caetano Costa - Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia

ISBN:978-85-5505-452-5

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Desigualdade e Desenvolvimento: O papel do Direito nas Políticas Públicas

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Saúde. 3. Assistência.

4. Vulnerabilidade. XXVI Encontro Nacional do CONPEDI (26. : 2017 : Brasília, DF).

CDU: 34



XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Apresentação

Dos 17 artigos aprovados no GT o qual coordenamos, no XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, realizado entre os dias 19 a 21 de julho de 2017, em Brasília, DF, foram apresentados 14 artigos, sendo que três os autores não se fizeram presentes. Os trabalhos versaram sobre uma plêiade de direitos sociais que abordaram não somente os direitos da seguridade social propriamente ditos (Saúde, Assistência e Previdência Social), como outros tantos direitos sociais como a saúde dos indígenas, dos refugiados, tributação, direito do trabalho, entre outros.

Vejamos uma rápida sinopse de cada um dos trabalho apresentados.

No artigo denominado A APOSENTADORIA RURAL COMO DIREITO AO DESENVOLVIMENTO E SUA PROMOÇÃO PELO PODER JUDICIÁRIO, de Viviane Freitas Perdigão Lima, Renata Caroline Pereira Reis Mendes, os autores analisam a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça na comprovação do labor rural, que enfoca o primando a solidariedade, os direitos humanos e o dogma da responsabilidade social.

No artigo denominado A FRAGILIDADE DOS DIREITOS DE CIDADANIA NO BRASIL: UM ESTUDO DE CASO NO NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA, de Hector Luiz Martins Figueira , Carla Sendon Ameijeiras Veloso, abordam os direitos de cidadania (civis e sociais) e seus mecanismos – práticas judiciais - de efetividade pelo estado brasileiro. Enfocam estes direitos a partir do núcleo de prática jurídica de uma grande Universidade privada do estado do Rio de Janeiro.

No artigo denominado A INTOLERÂNCIA E O PRECONCEITO AOS REFUGIADOS, de Renato Ferraz Sampaio Savy, o autor analisa as condições dos refugiados no Brasil e no mundo, refletindo sobre a intolerância e o preconceito praticados contra eles. Ressaltando que atualmente, ao fugirem de guerras e situações de risco, milhares de refugiados são recebidos com pouca ou nenhuma estrutura, sendo excluídos e hostilizados pela comunidade do local escolhido para a nova vida.

No artigo denominado À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL COMO POLÍTICA PÚBLICA DE EFETIVAÇÃO DE MINIMIZAR AS DESIGUALDADES SOCIAIS, de Carla Rosane Pereira Cruz , Renata Freitas Quintella Riggo, as autoras tratam

das políticas públicas adotadas pelo Governo Federal de atenção à saúde da população indígena, através de medidas implementadas pelo Estado como forma de concretizar o direito social à saúde prevista no art. 6º da Constituição Federal de 1988.

No artigo denominado **A SOLIDARIEDADE SOCIAL COMO PRINCÍPIO E FUNDAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL**, de Camila Barreto Pinto Silva, Cristina Barbosa Rodrigues, as autoras intentam demonstrar que a seguridade social visa disseminar e fortalecer a solidariedade que é um dos pilares da sociedade moderna. Avaliam o princípio da solidariedade social, como um dos pilares da seguridade social.

No artigo denominado **AUXÍLIO RECLUSÃO E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: REFLEXÕES SOBRE A PROTEÇÃO À FAMÍLIA DO PRESO**, de Maria Priscila Soares Berro , Bruno Valverde Chahaira, estuda o benefício do Auxílio reclusão levando em consideração o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e a Emenda Constitucional nº 20/1998.

No artigo denominado **DEMOCRACIA E TRIBUTAÇÃO: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS TEORIAS DE HABERMAS**, de Juselder Cordeiro Da Mata, o autor examina as controvérsias implantadas pela ruptura do Federalismo Fiscal Brasileiro através do desvio de finalidade das Contribuições Sociais, a concentração de receita no âmbito do Ente Central, enfraquecimento do Estado Democrático e a quebra de valores sociais já conquistados.

No artigo denominado **JUSTA EXPECTATIVA, PROTEÇÃO À IMINÊNCIA E DIREITO ADQUIRIDO A APOSENTAÇÃO: CONSTITUINDO MEIOS PARA A MAIS EFETIVA PROTEÇÃO DOS VULNERÁVEIS EM FACE DAS MUDANÇAS PREVIDENCIÁRIAS**, de Fábio Periandro de Almeida Hirsch, o autor enfrenta os reflexos, em nível previdenciário, aos vulneráveis, constantes das modificações do regime jurídico previdenciário, limitando expectativas justas. Traz a proposta de contribuir com a apresentação de duas ferramentas teóricas de auxílio ao enfrentamento do problema, sendo elas a formação de regime jurídico customizado com agregação de vantagens e a construção do subprincípio da proteção da iminência enquanto desdobramento do princípio fundamental constitucional da segurança jurídica.

No artigo denominado **LEI COMPLEMENTAR 150/2015: REGULAMENTAÇÃO OU FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO DOMÉSTICO?**, de Rodrigo Guilherme Tomaz , Sinara Lacerda Andrade, os autores analisam a LC 150/15, apontando as características quanto

o trabalho doméstico, apresentando um comparativo com os trabalhadores urbanos. Analisam o conceito de empregado doméstico, tecendo um breve resumo sobre as inovações da legislação específica, além, das diversas formas flexibilizadoras trazidas pela LC 150/15.

No artigo denominado O ACESSO À JUSTIÇA E O FORNECIMENTO DE PRESTAÇÕES ATINENTES À SAÚDE, de Rodrigo Gomes Flores, analisa o acesso à justiça nas ações que pedem uma prestação do Estado referente à saúde e suas perspectivas, utilizando o método de revisão bibliográfica, jurisprudencial e da legislação. Consta que o número crescente de ações com esta temática, fez com que a administração e jurisdição buscassem arranjos institucionais, consagrando uma nova etapa do acesso à justiça.

No artigo denominado O DANO MORAL PREVIDENCIÁRIO E A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NO ESTADO EM CRISE, de Daisy Rafaela da Silva e Aline De Paula Santos Vieira, as autoras enfocam a proteção à dignidade aliada aos princípios constitucionais do Direito Previdenciário. Analisam o Dano Moral Previdenciário nas relações previdenciárias, com foco na efetivação dos direitos sociais, analisando seu status constitucional, apresentando definições doutrinárias e jurisprudenciais sobre o dano moral previdenciário, sobre a responsabilidade civil do Estado, bem como às hipóteses de cabimento da indenização decorrente de vício nos processos de concessão de benefício, para reparação de violações às garantias fundamentais ante a crise nacional.

No artigo denominado O PROCEDIMENTO BIOPSISSOCIAL: DA PERÍCIA À HABILITAÇÃO/REABILITAÇÃO PROFISSIONAL, de José Ricardo Caetano Costa e Ana Maria Correa Isquierdo, os autores buscam demonstrar a correlata inter-relação entre as três áreas que abrangem a seguridade: Saúde, Previdência Social e Saúde. Os autores analisaram também o processo de reabilitação, sob a perspectiva do modelo biopsicossocial, no âmbito administrativo (INSS) e no judicial. Os resultados apresentados na amostragem do processo de habilitação e reabilitação profissional realizados no ano de 2015, em Pelotas, RS, proporcionam elementos que nos permitem concluir a ineficácia deste procedimento, bem como sua faceta não biopsicossocial

No artigo denominado OS PERCALÇOS DO SINDICALISMO E SUA RESSIGNIFICAÇÃO NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO, de Bruno Ferraz Hazane e Luciana Costa Poli, os autores buscam demonstrar os caminhos percorridos pelos sindicatos, desde o Estado Liberal – com a formação do Direito do Trabalho –, até o Estado Social – na fase de consolidação do ramo trabalhista. Enfocam o princípio da consagração da liberdade sindical como direito humano e sua relação com os parâmetros democráticos e pluralistas do Estado Democrático de Direito.

No artigo denominado PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL: UMA PROPOSTA ALTERNATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL, Joedson de Souza Delgado, utiliza a análise jurídica da política econômica, buscando demonstrar a tendência do mercado de serviços privados de saúde que pode levar a desoneração da assistência básica, ao favorecer a entrada de novos usuários com mensalidades mais baixas, se cotejados aos atuais; mas que, em contrapartida, apresenta uma série de limitações contratuais.

Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa (FURG)

Prof. Dr. José Eduardo Sabo Paes (UCB)

**À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL COMO POLÍTICA PÚBLICA
DE EFETIVAÇÃO DE MINIMIZAR AS DESIGUALDADES SOCIAIS**

**TO THE HEALTH OF THE INDIGENOUS POPULATION IN BRAZIL AS A
PUBLIC POLICY FOR THE EFFECTIVENESS OF MINIMIZING SOCIAL
INEQUALITIES**

**Carla Rosane Pereira Cruz ¹
Renata Freitas Quintella Riggo ²**

Resumo

O presente artigo trata das políticas públicas adotadas pelo Governo Federal de atenção à saúde da população indígena, através de medidas implementadas pelo Estado como forma de concretizar o direito social à saúde prevista no art. 6º da Constituição Federal de 1988. O texto aborda o compromisso assumido pelo Estado de garantir a dignidade e o respeito no tratamento diferenciado e especializado à saúde dos povos indígenas. Concluiu-se, por fim, que há um déficit na questão da saúde básica destinada as essas populações no intuito de propiciá-las o mínimo existencial. Utilizou-se da pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Saúde, Povos indígenas, População indígena, Políticas públicas

Abstract/Resumen/Résumé

This article deals with the public policies adopted by of the Federal Government regarding the health care the indigenous population, through measures implemented by the State as a way of realizing the social right to health foreseen in art. 6º Federal Constitution 1988. The text addresses the commitment assumed by the State to guarantee dignity and respect in the differential and specialized treatment of indigenous peoples' health. Finally, it was concluded that there is a deficit in the issue of basic health for these populations in order to provide them with the least existential. It was used the bibliographic research.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Cheers, Indian people, Indigenous population, Public policy

¹ Funcionária Pública, Advogada e Mestranda.

² Advogada e Mestranda.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por escopo investigar, através da pesquisa bibliográfica, a evolução dos direitos de cidadania social, sua dimensão existencialista e a possibilidade de inserção da previdência social neste conteúdo.

O presente trabalho aborda o direito fundamental social à saúde dos povos indígenas. Em especial a trajetória rumo à conquista desse direito desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 – CF/88 que atendeu o clamor popular de minimizar as desigualdades sociais e de garantir os mínimos sociais como forma de concretizar os valores ligados à dignidade da pessoa humana. Demonstrando as políticas públicas adotadas na área da saúde pelos governantes eleitos pelo voto direto a partir de 1990.

A Constituição Federal de 1988 - CF/88 - foi inovadora ao estabelecer o direito à saúde como direito social, e também, como direito fundamental do homem e um dever do Estado, sendo necessário utilizar-se de políticas públicas para a sua efetivação.

O direito à saúde é positivado no ordenamento jurídico brasileiro como um direito fundamental social, previsto no art. 6º da CF/88.

Para que o Estado possa atender aos preceitos legais do art. 6º e art.196 da CF/88 o qual menciona que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, bem como a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, e faz-se necessária a implementação de políticas públicas e por necessitar da atuação do Estado para implementá-las, os direitos sociais acabam por ficar limitados a uma atuação política dos legisladores e governantes.

É nessa seara que o presente artigo tem a finalidade de demonstrar e aprofundar as discussões acerca das propostas do Governo Federal, através de políticas públicas, para implementar o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena no Brasil com a participação dos povos indígenas; os principais interessados na concretização desse modelo de política pública de assistência à saúde implementada pelo Estado.

O propósito desse trabalho é através de uma análise crítica de um Programa do Governo Federal o qual reconhece a natureza pluriétnica e multicultural do Estado Brasileiro, previsto no art. 231 da CF/88, bem como todo o cidadão tem direito ao acesso universal e equitativo à saúde, conforme previsto no art. 232 da CF/88, bem como esse é um dever do Estado de implantar a política de atenção à saúde indígena.

Para melhor compreensão dessa política pública proposta de atenção diferenciada a saúde indígena se teve a preocupação de estruturar o artigo de acordo com a ordem cronológica dos acontecimentos, atentando-se primeiramente em contextualizar o leitor dos

aspectos gerais das populações indígenas e também de um breve histórico acerca da (des) assistência à saúde indígena antes da promulgação da CF/88.

Em um segundo momento, antes de adentrar a um breve histórico da assistência à saúde aos povos indígenas após a promulgação da constituição federal de 1988, os mínimos sociais e as políticas públicas de atenção à saúde indígena, entre outros tópicos pertinentes a temática que foram conquistados por esta população até hoje esquecida e com seus direitos desrespeitados, preocupou-se em conceituar os direitos fundamentais e sociais, bem como a sua contextualização e prestígio a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Assim, depois de compreender o cenário histórico, cultural, geográfico e político o qual as comunidades indígenas se encontravam, bem como o papel que desempenhavam na luta por respeito e dignidade à especificidade cultural e social em detrimento a calamidade sanitária vivida há décadas com o respaldo e descaso do Estado se passa para um terceiro momento, qual seja, para a análise do Programa Governamental proposto pelo Governo Federal, bem como as responsabilidades governamentais compartilhadas entre o setor público e a sociedade na propositura, execução e controle de políticas públicas. Será abordado, em último momento, como o Estado “resolveu a questão” em relação aos serviços de saúde aos indígenas (atenção básica, prevenção e saneamento) que passaram a ser executados através de convênios firmados com organizações da sociedade civil e com alguns Municípios.

Será tratada, também no presente artigo, a situação atual da atenção à saúde da população indígena, os avanços e os retrocessos desde a promulgação da CF/88 e principalmente a importância da aprovação da Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, que determinou que a política pública de saúde indígena passasse a ser de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde.

Assim, diante da emergência social existencial busca-se com a presente pesquisa o incremento dos direitos sociais de cidadania, mais precisamente no campo da política pública de saúde básica nas populações indígenas e, dessa forma, contribuir para a evolução jurídica deste tema e conseqüentemente, contribuir para o conteúdo da dignidade da pessoa humana e da cidadania como forma de efetivação dos direitos de minorias étnicas.

2. ASPECTOS GERAIS DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Segundo Sparemberguer (2011, p.147), para os povos indígenas, a terra significa muito mais que o simples meio de subsistência.

Ela representa o suporte da vida social e está diretamente ligada ao sistema de crenças e de conhecimentos. Não é apenas um recurso natural, mas um recurso sociocultural. Assim, a pertença cultural ou sociocultural do indígena à sua terra é a

de sua condição de existência no mundo.(SPAREMBERGUER, 2011, p.147)

Partindo da citação acima e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) que diz que a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, constata-se que para os povos indígenas, a saúde está intimamente ligada com a terra e com o equilíbrio da natureza.“Nesse sentido, os fatores determinantes da saúde indígena estão relacionados à garantia de sua plena cidadania, com autonomia, posse territorial, uso exclusivo dos recursos naturais e integridade dos ecossistemas específicos.” (ALTINI, 2013, p.04)

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas aprovada em 2007 afirma em seu art. 24:

Os povos indígenas têm direito a suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde, bem como desfrutar do nível mais alto possível de saúde, e os Estados devem tomar as medidas necessárias para atingir progressivamente a plena realização deste direito. (ALTINI, 2013, p. 04)

3. BREVE HISTÓRICO DA (DES) ASSISTÊNCIA À SAÚDE AOS POVOS INDÍGENAS ANTES DA PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Os povos indígenas sofrem com os maus tratos, trabalhos forçados, tentativas de catequização como forma de dominação e submissão, confinamentos e sedentarização desde a chegada dos “colonizadores”.

Além dessas formas de extermínio dos povos indígenas, se destacaram algumas ainda mais cruéis: as práticas de escravidão, chacinas, guerras e as epidemias por doenças infecciosas trazidas pelo colonizadores/invasores aos índios.

Percebe-se desde então que as políticas implementadas desde o período colonial visavam à integração ou o extermínio dos mais diferentes povos, pois estes povos eram considerados como entraves ao desenvolvimento.

O destino dos povos indígenas sempre foi traçado nos termos do dominador, como se pode perceber nesse trecho:

O direito de existência futura, com distintos modos de pensar, de organizar-se com o mundo, sempre lhes foi negado. A falta de políticas públicas relativas à educação e saúde, e a demarcação de territórios insuficientes para o modo de vida tradicional, são respostas históricas com premissas integracionistas. Não é atoa que o atendimento à saúde restringe-se a medidas paliativas e emergenciais. (ALTINI, 2013, p.07)

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, a maior preocupação deste órgão era proteger os índios e integrá-los à comunhão nacional, bem como esvaziar as terras por ele habitadas para que fossem exploradas. Percebe-se qual era a real intenção desse órgão, bem como não é nenhuma

surpresa que a assistência à saúde prestada aos povos indígenas continuou sendo exercida de forma precária, quando exercida efetivamente, e se destinavam aos casos emergências ou inseridos em processos de pacificação.

Em meados de 1950 foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde e tinha o objetivo de prestar assistência na área da saúde (vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis) às comunidades indígenas e rurais em áreas de difícil acesso.

Em 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai) a qual criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS) as quais passaram a prestar serviços médicos esporádicos. Essas EVS existiram até a década de 1970.

Em 1986 ocorreu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu os princípios para o funcionamento do Sistema único de Saúde (SUS) aprovado na Assembleia Constituinte de 1988.

Essa Conferência serviu de marco para os povos indígenas no quesito assistência à saúde, pois foi a partir desse momento que começaram a ser implementadas políticas públicas voltadas às comunidades indígenas em caráter oficial de um modelo de atendimento específico e diferenciado aos povos indígenas no Brasil.

Cumprir salientar que de acordo com as deliberações aprovadas, os povos indígenas deveriam ter garantidos o acesso universal e integral à saúde e a participação de todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas.

4. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS E SOCIAIS

Antes de adentrar ao tema objeto desse artigo se faz necessária a contextualização do direito à saúde como direito fundamental e direito social a fim de tornar mais clara o entendimento da engrenagem como um todo, que englobam instrumentos de proteção e concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, pois visam garantir as condições necessárias à fruição de uma vida digna a qualquer cidadão sem distinção a sua etnia.

Não há dúvida alguma que os direitos fundamentais passaram a ter seu prestígio alcançado com a promulgação da CF/88 que inaugurou um novo ciclo no cenário jurídico nacional.

Sabe-se também que a Constituição de 1988 simbolizou a ruptura com o passado autoritário marcado pela ditadura militar e representou a tão almejada democracia tardia tão

aguardada pelos brasileiros, como forma de firmar um compromisso com o futuro. “Portanto era hora de ousar em favor dos direitos fundamentais e deixar o sopro da democracia entrar nas janelas do poder.” (MARMELSTEIN, 2014, p.62)

Essa citação acima demonstra o clamor popular contido na CF/88 que mesmo correndo o risco de não ser efetivada por ausência de vontade política assumiu uma postura voltada em favor da redução das desigualdades sociais, dos oprimidos, dos direitos fundamentais, da democracia e de todos os valores ligados à dignidade da pessoa humana.

Já partindo para o texto constitucional propriamente dito, percebe-se que o constituinte conferiu uma posição topográfica privilegiada aos direitos fundamentais, colocando-os logo nos artigos iniciais da Constituição. (...) agora, numa simbólica demonstração de prestígio, os direitos fundamentais abrem a Constituição de 88. E mais: eles foram considerados como cláusulas pétreas, ou seja, não podem ser abolidos nem mesmo por meio de emendas constitucionais (art. 60, parágrafo 4º, IV, CF/88). (MARMELSTEIN, 2014, p.63)

É nítido que o constituinte adotou o modelo que se aproxima da ideia de bem-estar-social o qual incorpora os aspectos de economia de mercado do sistema capitalista, sem excluir o papel do Estado no custeio social.

Os direitos garantidos na Constituição são fundamentais porque se encontram no texto que regulamenta os fundamentos da organização política e social de um Estado. Os direitos fundamentais constituem um mínimo de direitos garantido, podendo o legislador ordinário acrescentar outros, mas não tendo a possibilidade de abolir os tidos como fundamentais. (DIMOULIS, 2014, p.40/41)

Os direitos fundamentais se dividem em dimensões ou gerações de direitos, utilizando da evolução histórica para caracterizar e individualizar esses direitos. (SCHÄFER, 2013, p.21)

A classificação mais utilizada é a que adota três dimensões ou gerações de direitos fundamentais, sendo que os direitos sociais, onde está inserido o direito à saúde, são classificados como de segunda geração (ou prestacionais ou positivos).

Os direitos sociais que estão previstos no art.6º da CF/88 e são inegavelmente instrumentos de proteção e concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, pois visam garantir as condições necessárias à fruição de uma vida digna.

Juntamente com os direitos sociais estão os direitos econômicos e culturais, sendo que a grande maioria desses direitos está no rol dos direitos sociais previsto no artigo 6º da CF/88: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.”

O art. 196 da CF/88 determina que a saúde é direitos de todos e dever do Estado, demonstrando aqui o real papel que a partir da constituinte de 1988 o Estado passa a exercer perante o indivíduo.

Portanto, os direitos sociais são, à luz do direito positivo-constitucional brasileiro, verdadeiros direitos fundamentais, tanto em sentido formal (pois estão na

Constituição e têm status de norma constitucional) quanto em sentido material (pois são valores intimamente ligados ao princípio da dignidade humana). (MARMELSTEIN, 2014, p.191)

Já no que tange à participação popular e controle público das ações governamentais na área da saúde, observa-se um “boom” nos anos 1990 da institucionalização de conselhos municipais de saúde. “A emergência destes conselhos está grandemente associada a estratégias de incentivo por parte do Ministério da Saúde, à medida que instituição destas instâncias era condição necessária ao repasse dos recursos financeiros para os municípios.” (BEHRING, 2010, p. 209)

Portanto, o “(...) a criação dos conselhos de políticas públicas e defesa de direitos no Brasil foram grandes inovações políticas e institucionais no formato de políticas públicas brasileiras, nas quais se vislumbra uma perspectiva nítida de reforma (...)” (BEHRING, 2011, p. 178)

Como se pode perceber os marcos gerais da saúde obedecem uma relação de poder da União é o que preceitua o art. 24, XII, da CF/88, art. 24, parágrafo primeiro, da CF/88 e art. 30, II, da CF/88. Aos demais entes federados é dado apenas poderes legislativos para definições complementares, porém os impõe-se que haja cooperação entre elas, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.

5. DA SAÚDE BÁSICA E OS DESAFIOS À CONSTRUÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Incluído no âmbito da seguridade¹ e ostentando o status de direito fundamental, com referência expressa no caput dos arts. 6º e 196 da Constituição, 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 (BRANCO, COELHO, MENDES, 2007, p. 1.421). Configura um direito público subjetivo, que pode ser exigido do Estado, ao qual é imposto o dever de prestá-lo.

Postura idêntica assume José Afonso da Silva (2007, p. 308), ao destacar que o direito à saúde há de ser informado, pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doenças, cada um deve ter o tratamento

¹ Nos termos do art. 194 da Constituição Federal 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, à previdência e à assistência social. Visualizamos, no presente estudo, somente a Assistência e a Saúde, deixando de fora a análise da Previdência Social, diante dos limites impostos neste estudo, bem como ao fato de que nestes dois segmentos que compõe a seguridade social é mais visível o caráter de existencialidade, não que a Previdência não o comporte.

condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consagração em normas constitucionais.

Partindo-se da premissa que:

de fato o texto constitucional redesenha os contornos do nosso sistema de proteção social, propondo o formato organizacional de uma rede descentralizada, integrada, regionalizada e hierarquizada, como comando único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, além de instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada em cada nível de governo. (...) Para tanto a adoção da noção de seguridade no Brasil implicou em um redimensionamento significativo das três políticas que a compõe, e no caso da saúde o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado marcou a ruptura como modelo securitário representado pela medicina previdenciária, alargando, desse modo, a própria noção de direito à saúde. (BEHRING, 2010, p.196)

É consensual que passados mais de vinte e cinco anos da promulgação da CF/88, a seguridade social no Brasil não foi de fato implementada.

O contexto brasileiro desde as primeiras eleições diretas, “com a eleição de Fernando Collor de Mello (1990-1993) representou o retrocesso nos ideais defendidos na CF/88, tendo em vista que o governo mostrou-se conservador, patrimonialista e populista.” (BEHRING, 2010, p. 198)

Desse contexto:

É possível identificar três características que impactaram de forma negativa no sistema de proteção social: forte redução do gasto social federal; desarticulação das redes de serviços sociais então existentes e fortalecimento do estilo clientelista e patrimonialista de administrar a política social. (BEHRING, 2010, p. 198)

Mas o cenário econômico de 1990 até os dias de hoje, infelizmente permaneceu o mesmo, uma vez que orçamento é uma das principais fragilidades da seguridade social e a questão do financiamento se traduz em inúmeras dificuldades, conflitos e obstruções no seu processo de implementação.

Já a saúde, portanto, a preocupação com a vinculação de recursos específicos foi atribuída às receitas das contribuições sobre o lucro (em meados de 1980) Finsocial e, posteriormente Contribuição sobre Lucro Líquido das Empresas – CSLL.

Com o passar do tempo foi criada uma fonte exclusiva para o setor, através da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF instituída em 1996 e, mais tarde, da promulgação da Emenda Constitucional – EC nº. 29/2000.

Várias foram às questões que tornaram a atenção à saúde uma prerrogativa exclusiva dos contribuintes da Previdência Social a ser reconhecida como direitos universal.

A institucionalização do SUS foi resultante de uma intensa mobilização social ao longo dos anos 1980, no entanto, seu processo de implantação e consolidação ocorreu ao longo dos anos 1990.

Os três setores da Seguridade Social até hoje se encontram em uma acirrada disputa por recursos, e diante desse quadro, a saúde e assistência social foram os setores que mais perderam em termos de financiamento.

Os desafios enfrentados no setor da saúde diante das ameaças à área social, fizeram com que se apostasse:

na priorização dos aspectos relacionados à gestão do sistema, ocupando-se da negociação política de diversas normas operacionais responsáveis pela consolidação do Sistema único e descentralizado de saúde. A implantação do Sistema único de Saúde – SUS e a operacionalização de suas diretrizes básicas têm remodelado o perfil da atenção à saúde historicamente consolidado no país (...). (BEHRING, 2010, p. 208)

A “fórmula” encontrada para que a saúde pudesse atender, desempenhar a sua função de forma mais descentralizada e até mesmo mais independente autônoma foi o repasse da gestão da política da saúde para a esfera local.

Assim, é inequívoco o fortalecimento dos municípios na gestão e execução das principais ações e serviços de saúde, através da progressiva transferência de um conjunto de recursos, atribuições e responsabilidades, antes exclusivos da esfera central, para este nível de governo. Porém, sabe-se que não têm sido suficiente para superar as intensas desigualdades regionais existentes em nosso país.

Para tanto foi adotada a construção da rede administrativa para a gestão do SUS dentro do País que envolve os três entes federados que se organizarão de forma regionalizada e hierarquizada atendendo assim aos níveis de complexidade crescente.

Dessa forma, situações que envolvem tratamento de assistência básica à saúde fiam atribuídas à esfera municipal, aqueles que envolverem média complexidade ficam a cargo da esfera estadual, enquanto que os tratamentos de alta complexidade ficarão a cargo do Ministério da Saúde.(...) Num país com dimensões territoriais como o Brasil, a ênfase para descentralizar a administração dos serviços de saúde para a esfera municipal se justifica pelo fato desta administração facilitar o atendimento pela proximidade da população que necessita desses serviços e atendimentos. (COSTA, 2011, p. 252)

6. BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS APÓS A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

A Constituição Federal de 1988 aprovou a mudança no paradigma da relação entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, substituindo a perspectiva de integração compulsória pelo respeito à especificidade cultural e social de cada povo, conforme prevê o art. 231 da CF/88.

Em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou através da Resolução nº 011/91 a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), formada por representantes do governo federal, de universidades, organizações não governamentais (ONGs) e por

representantes indígenas.

Dentre as atribuições da CISI ressalta-se principalmente a realização de estudos e produção de conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas que se transforma em propostas e recomendações ao plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Também em 1991 que foi criado o primeiro Distrito Sanitário Yanomami, como projeto piloto do modelo “distritalização diferenciada”, sendo este distrito o pioneiro na aplicação dos critérios demográficos, geográficos e culturais na definição do modelo de gestão.

Em 1993, o movimento indígena realizou a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas que reiterou a defesa do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como base operacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para a política de atenção à saúde das populações indígenas, porém somente em 1994, por iniciativa dos movimentos indígenas e com a aprovação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) foram criados outros dois Distritos Sanitários Indígenas (do Leste de Roraima e do Xingú) que se tornam modelo e referência para a criação de outros distritos pelo país.

Ressalta-se aqui que esse modelo assistencial implementado nestes distritos tinha como base a formação de Agentes Indígenas de Saúde indicados e acompanhados pelas próprias comunidades.

7. A LEI AROUCA E A CRIAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Em 1997 a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS) solícitos a intervenção do Ministério Público Federal em razão da omissão do governo federal em implementar uma política pública adequada de assistência à saúde indígena. (ALTINI, 2013, p. 11)

Como consequência das pressões sofridas, o governo federal editou em 1999 o Decreto nº 3.156/99 e promoveu junto ao Congresso Nacional a aprovação da Lei Arouca (Lei nº 9.836/99) que teve um papel importantíssimo de passar a responsabilidade da política de saúde indígena exclusivamente ao Ministério da Saúde, bem como de determinar que o governo federal instituisse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os Distritos Sanitários Especiais (DSEIs). Sendo então criados 34 DSEIs através da Portaria nº 852/99.

Também no ano de 1999 a Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde constituiu

um grupo de trabalho para elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essa política foi aprovada em caráter preliminar pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2000 e oficializada somente em 31 de janeiro de 2002 através da Portaria nº 254/02 pelo Ministério da Saúde. “O propósito dessa política era garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e com isso contemplando a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política.” (ALTINI, 2013, p. 11)

Com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e dos DSEIs, quase todos os serviços de saúde passaram a ser executados através de convênios firmados com organizações da sociedade civil, organizações indígenas e indigenistas, e com alguns municípios, porém esta política de parceria proposta pelo governo federal foi aceita com a condição de que seria uma solução temporária e infelizmente isto não foi cumprido até hoje.

O que se percebe é que no decorrer dos anos a participação indígena nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena vem diminuindo ou até mesmo sendo restrita à sua participação no controle social, existe também o interesse político e econômico que vem tornando cada vez mais grave os problemas recorrentes de má gestão, autoritarismo, uso político e corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais da Funasa que em 2006 foi objeto de denúncia por parte da delegação indígena de manipulação nos trabalhos da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Em 2007 foi editada pela Funasa a Portaria nº 2.656/07 que dispunha sobre a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas, tal regulamentação gerou grande descontentamento e insatisfação com a política implantada que tinha por finalidade além de fortalecer a Funasa, abria perspectivas concretas para a municipalização da saúde indígena, exatamente o que os povos indígenas não pretendiam.

8. AS MUDANÇAS NO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE REIVINDICADA PELOS POVOS INDÍGENAS

Em agosto de 2008, depois das constantes manifestações realizadas pela comunidade indígena contra a Funasa, bem como das inúmeras denúncias de corrupção e descaso na execução das ações e serviços nas áreas indígenas que estavam repercutindo em um número crescente de mortalidade infantil e alastramento de doenças.

Dentre várias situações ocorridas a Justiça do Trabalho determinou que o governo federal fosse o responsável e, portanto, o gestor da política de saúde, e que a terceirização era uma prática ilegal.

Após dois anos, o governo editou a Medida Provisória nº 483/2010 promulgada e transformada na Lei nº 12.314/2010 e editado o Decreto nº 7.336/2010 que oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), durante o período de três anos ocorreu uma transição para a implantação da nova gestão da saúde indígena, tal transição foi muito lenta enquanto a assistência à saúde nas comunidades indígenas passava por momentos críticos.

Esse novo modelo de gestão da saúde indígena passou a partir de então a contar com uma secretaria especial, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde e de caráter executivo, que deveria atuar de forma descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

9. OS MÍNIMOS SOCIAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Para Cohn (2000) apud Behring a concepção de cidadania no Brasil mostra a diferenciação básica entre problemas sociais e questão social. “Os problemas sociais passam a ser enfrentados como fenômenos indesejáveis, porém aceitáveis para a convivência quando associados à caridade e à filantropia.” (BEHRING, 2010, p. 183)

Após fazer algumas considerações acerca do que vem a serem problemas sociais e desde quando a questão social no Brasil vem sendo excludente e a partir da CF/88 demonstra-se a preocupação com políticas públicas relacionadas com a saúde no intuito de construir condições básicas para institucionalizar a cidadania dos brasileiros.

Para isso devem-se propor mínimos sociais, mas não através de ajustes às condições já existentes e sim construir outras referências para estimular as garantias constitucionais. Trata-se não só de construir um padrão de vida básico do ser humano e sim de diminuir, até ao ponto de erradicar, a pobreza, de forma a permitir a sobrevivência de forma digna através de um padrão básico de inclusão do indivíduo na sociedade brasileira.

É desenvolver o padrão de vida propondo para tanto:

os mínimos sociais a fim de garantir: a sobrevivência biológica, condição de poder trabalhar e de permanecer empregado, qualidade de vida através do acesso a meios de serviços e garantias, desenvolvimento humano que é a possibilidade de desenvolver as capacidades humanas e por último, as necessidades humanas gerais e especiais, garantindo para tanto a igualdade e equidade. (SPOSATTI, 1997, p.15/16)

Para isso é necessário considerar o passado para construir o futuro, de maneira a

reparar os infortúnios causados, de forma a minimizar a pobreza e todas as questões dela provenientes.

Ressalto novamente “a pior situação detectada não pode ser o mínimo social. Defendo que o mínimo deva ser um padrão básico de inclusão, e não de exclusão.” (SPOSATTI, 1997, p.21)

Estabelecer o padrão básico de vida implica definir quais são as necessidades consideradas básicas e universais. “Trata-se de definir uma ordem de valores dentro de uma ética de vida coletiva.” (SPOSATTI, 1997, p.25)

E sobre essa ordenação de valores dois grandes grupos de necessidade compõem o padrão básico de vida: “a preservação da vida, e nela a saúde; e o desenvolvimento da autonomia que na verdade são as possibilidades para afiançar as condições de liberdade e capacitação à sobrevivência e ao desenvolvimento.” (SPOSATTI, 1997, p.25)

Retornando aos mínimos sociais e a seguridade social, cabe assinalar que as políticas públicas/sociais brasileiras estão muito aquém do que prevê o texto constitucional.

A questão da saúde, por sua vez, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, equacionou de certo modo o atendimento à enfermidade e sua prevenção dirigindo o sistema a todos os brasileiros, independente de sua inserção no trabalho. Ocorre, porém, que esse sistema encontra-se cada vez mais fragilizado em razão das sucessivas crises econômicas que o Brasil tem enfrentado e que ocasionam a diminuição do repasse financeiro para a área da saúde.

É importante salientar que as políticas públicas como a educação, o lazer, cultura, saúde atentam para as possibilidades humanas e o concurso do avanço científico e tecnológico para que se viva mais e melhor e para tanto é importante que haja uma inter-relação entre políticas de desenvolvimento e as de proteção social.

No final de 2012, o Ministério Público Federal (MPF) se manifestou quanto à inoperância e omissão que vem se agravando cada vez mais em relação ao cenário da crise interminável que atinge a saúde das comunidades indígenas, “segundo o MPF, este não é um problema localizado, pelo contrário, está distribuído de forma absolutamente igual em diferentes estados da federação.” (ALTINI, 2013, p. 15)

Infelizmente tal situação persiste ainda, e o clamor das lideranças indígenas é crescente para que haja uma intervenção efetiva na Sesai para que tal Secretaria venha de fato cumprir a sua missão, conforme as expectativas nela depositadas.

10. CONCLUSÃO

O direito à saúde é indissociável do direito à vida e, portanto, constitui um dever do Estado zelar pela integridade de todos.

A omissão do Estado, sob o argumento da escassez orçamentária ou entraves burocráticos, significa condenar à morte aqueles que necessitam dos serviços ou atendimentos, mas são desprovidos do amparo do Estado por falta de recursos financeiros.

Ocorre que a tomada de decisões pelo sistema político atual vem se sobrepondo às necessidades da coletividade e nesse cenário as políticas públicas destinadas à saúde dos povos indígenas estão ficando aquém das reais necessidades da população.

As ações desenvolvidas pelo Estado estão agrupadas por eixos e são apresentadas e desenvolvidas através de políticas públicas, dentre elas a política de saúde é que a mais tem chegado às populações indígenas, ainda que de uma forma muito aquém da desejada, no campo da saúde, a qualidade da água, por exemplo, (com quantidade e regularidade/frequência, previstas, conforme previstas na Lei n.º 9.433/97 de Recursos Hídricos) seria uma das medidas principais a ser adotada pelo Estado e que resultaria positivamente em uma série de outras políticas públicas que se procura adotar, porém não alcançam os resultados desejados, por falta de estratégias prioritárias como a qualidade de água e saneamento básico.

O que se percebe no que tange a política de atenção à saúde dos povos indígenas é que as ações e políticas quase sempre são transitórias, fragmentas e de utilizadas em caráter emergencial e/ou paliativas e que pouco se revertem em práticas concretas de melhoria das condições de vida dos indígenas.

Inexiste na realidade uma política que respeite os preceitos constitucionais e que permita que os povos indígenas recebam uma atenção diferenciada, eficaz e respeitosa pra com seus modelos e concepções de cura.

Deve ficar incutido no ideal de governança é que todos têm direito de viver de forma digna e da forma como o Governo tem tratado a saúde pública dos indígenas não está havendo um atendimento de qualidade, quanto mais digno, na verdade não estão sendo atendidos/respeitados em sua plenitude o direito social à saúde e fundamental a vida e a dignidade humana, pois infelizmente o que se vê na prática, é que os Governos não aceitam o que a legislação determina e procuram manter políticas assistenciais desvinculadas das realidades étnicas e culturais, e sem a efetiva participação dos povos indígenas (que muitas das vezes são impedidos de forma involuntária de participarem das ações e propostas de governo, pois sequer são consultados).

Sem sombra de dúvida a união e o espírito de luta dos povos indígenas fará com que esse difícil processo de construção de um modelo de atenção diferenciada à saúde seja

também vitorioso.

O forte protagonismo indígena na construção desta política, apesar de todos os contratempos e morosidades, tem contribuído muito para o fortalecimento das organizações e lideranças indígenas em seu embate contra aqueles que teimam em repetir modelos colonialistas na condução da política indigenista, colocando a saúde a serviço de um projeto futuro embasado na organização, participação, autonomia e fortalecimento cultural dos povos indígenas do Brasil.

Por essas razões pode-se afirmar que, ao menos em relação ao direito de que aqui se trata, há espaço para a manifestação de um sentido de proteção à saúde dos povos indígenas, seja ele entendido como medida reparatória, seja como expiação da própria culpa dos danos ocasionados pelos ocidentais. O que se busca é o direito fundamental das populações indígenas à saúde, no sentido positivo, de vez que não se tem o objetivo de impor uma cultura ocidental, mas sim se pretende levar a essas populações métodos de curas de doenças, sem se excluir os métodos tradicionais utilizados pelos indígenas.

REFERÊNCIAS

ALTINI, Emília; RODRIGUES, Gilderlan; et al(Orgs.) **A política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.** Conselho Indigenista Missionário, 2013.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Orgs.). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas.** 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010. “A acumulação capitalista e os direitos do trabalho: contradição histórica que preside a seguridade social”, p. 175-192.

BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Orgs.). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas.** 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010. “O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira”, p.193-213.

COSTA, Marli M. M. da; HERMANY, Ricardo; SODER, Rodrigo Magnos. **Direito, cidadania & políticas públicas.** Porto Alegre: Imprensa Livre, 2011.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais.** 5.ed.rev.atual. amp. São Paulo: Atlas, 2014.

GUEDES, Jefferson Carús; NEIVA, Juliana Sahione Mayrink. **Publicações da Escola da AGU: temas de Direito de Saúde.** Brasília: Advocacia – Geral da União, 2010.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MIRANDA, Giovana Guimarães de; COSTA, Eliane Romeiro. **O sistema seguridade social e as políticas públicas: inclusão social da família e união estável.** p.343-353. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/view_File/328/267 >Acesso em: 15 jan. 2013.

PEREIRA, Potyara A. P.”A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da assistência social.” **Serviço Social & sociedade.** n.55. Ano XVIII. p.60-76, nov. 1997.

SCHÄFER, Jairo. **Classificação dos Direitos Fundamentais: do sistema geracional ao sistema unitário: uma proposta de compreensão.** 2.ed.rev.atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

SPAREMBERGUER, Raquel Fabiana Lopes. “Antropologia e diferença: quilombolas e indígenas na luta pelo reconhecimento do seu lugar no Brasil dos (Des)iguais”. In. COLAÇO, Thais Luzia. **Elementos de Antropologia Jurídica.** São Paulo: Conceito editorial, 2011, p. 129-159.

SPOSATTI, Aldaíza. “Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania.” **Serviço Social & sociedade.** n.55. Ano XVIII. p.09-37, nov.1997.