

VII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

FRANCIELLE BENINI AGNE TYBUSCH

JANAÍNA MACHADO STURZA

LITON LANES PILAU SOBRINHO

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 - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

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 - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Francielle Benini Agne Tybusch; Janaína Machado Sturza; Liton Lanes Pilau Sobrinho – Florianópolis: CONPEDI, 2024.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-946-9

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

Tema: A pesquisa jurídica na perspectiva da transdisciplinaridade

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VII Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2024 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

Esta obra, que faz parte do Grupo de Trabalho de Artigos “Direito e Saúde”, é originada de mais um evento organizado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), que congrega as temáticas e trabalhos desenvolvidos pelos pesquisadores da área do Direito das mais diversas localidades nacionais, e neste evento, de forma virtual. Os resumos são fruto do VII Encontro Virtual do CONPEDI, com o tema central: Inclusão e Transdisciplinaridade, realizado nos dias 24 a 28 de junho de 2024.

Passa-se a uma breve apresentação dos trabalhos:

No artigo intitulado “JUDICIALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE) NA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL” de autoria de Marcia Andrea Bühring e Fabio de Freitas Floriano busca-se examinar a jurisprudência pátria, a doutrina, os artigos sobre o tema home care e os dados obtidos pela Assessoria Jurídica (AJ) da SES/RS, realizando-se uma análise crítica sobre a mencionada situação.

Os autores José Adelar de Moraes, Tereza Rodrigues Vieira e Horácio Monteschio no artigo intitulado “TUTELA JURISDICIONAL DAS PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS RARAS E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS ÓRFÃOS” visam destacar a eficácia da tutela jurisdicional no acesso aos medicamentos órfãos para pessoas portadoras de doenças raras.

No artigo intitulado “O PROCESSO ESTRUTURAL COMO INSTRUMENTO DE APERFEIÇOAMENTO DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MARANHÃO” de autoria de Felipe Costa Camarão, Sérgio Felipe de Melo Silva e Taynah Soares de Souza Camarao tem como objetivo investigar se o processo estrutural é capaz aperfeiçoar a prestação jurisdicional na seara da judicialização da saúde pública.

Os autores Ruan Patrick Teixeira Da Costa e Sandro Nahmias Melo no trabalho intitulado “A BANALIDADE DO MAL E A PANDEMIA DA COVID-19 NA CIDADE DE MANAUS /AM” visam traçar um paralelo entre a banalidade do mal (conceito tratado por Hannah Arendt) existente na sociedade e os desdobramentos da pandemia do novo coronavírus

(covid-19), a qual atingiu praticamente todos os países do globo terrestre, resultando na morte de milhões de pessoas e um colapso nos sistemas de saúde, que não estavam preparados para um evento dessa magnitude.

No artigo intitulado “A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE PELO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL: OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA” os autores Maria Eduarda Granel Copetti e José Francisco Dias Da Costa Lyra visam refletir sobre a concretização do direito fundamental à saúde pelo Estado de Bem-Estar Social, a partir de uma observação da obra “Do mágico ao social”, de autoria de Moacyr Scliar.

As autoras Nair de Fátima Gomes e Tereza Rodrigues Vieira no trabalho intitulado “A TUTELA JURÍDICA COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO E IGUALDADE PARA PESSOAS OBESAS OU COM SOBREPESO NO BRASIL” tem por objetivo analisar a falta de atenção, os desafios e o apoio aos indivíduos obesos ou com sobrepeso, segundo a perspectiva da dignidade humana como direito fundamental dessas pessoas estereotipadas e estigmatizadas pela sociedade em geral.

No artigo intitulado “DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE DECOLONIAL DA INCLUSÃO DE CORPOS TRANSEXUAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE” as autoras Janaína Machado Sturza, Cláudia Marília França Lima Marques e Gabrielle Scola Dutra tem como objetivo debater sobre o desenho das políticas públicas a partir do pensamento decolonial.

As autoras Maria Eduarda Granel Copetti e Charlise Paula Colet Gimenez no artigo intitulado “A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA ENQUANTO PRINCÍPIO DE GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE” visam explorar a exigibilidade do Direito à Saúde a partir do princípio da dignidade da pessoa humana, em uma tentativa de elaborar ações voltadas ao exercício eficiente da cidadania, possibilitando à sociedade reduzir as desigualdades e garantir o bem-estar da população. Logo, o direito à saúde no Brasil, conforme destaca a Constituição Federal de 1988, é um direito de todos e um dever do Estado, fundamentado no que preza o artigo 196 da Constituição e assegurado por meio de políticas econômicas e sociais que almejam à redução do risco de doença e ao acesso igualitário e universal aos serviços e ações para sua proteção e recuperação.

No artigo intitulado “A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 À LUZ DOS DESAFIOS HISTÓRICOS E DAS DISTORÇÕES

INFORMATIVAS” de autoria de Vera Lúcia Pontes explora os normativos da política de vacinação contra a Covid-19, com análise das distinções entre a pandemia Covid-19 e o evento Revolta da Vacina de 1904.

Os autores Marta Rodrigues Maffei, Wilson Salgado Jr e Vinicius de Paula Pimenta Salgado no trabalho intitulado “CIRURGIA BARIÁTRICA NÃO REGULAMENTADA PELO CFM: LIMITES DA ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO” visam analisar as controvérsias jurídicas da responsabilidade civil do médico cirurgião bariátrico em procedimentos não regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

No trabalho intitulado “GORDOFOBIA E PESOCENTRISMO: OS PERCURSOS DA INVISIBILIDADE DOS DIREITOS DA PESSOA OBESA” de autoria de Tais Martins, Paulo de Tarso de Oliveira Tavares e Robson Luiz Souza visa abordar a obesidade de forma eficaz requer uma compreensão abrangente de todos esses elementos e um enfoque multidisciplinar que envolva não apenas a medicina, mas também a nutrição, a psicologia, a política pública, direito, psicologia e outros campos.

Os autores o trabalho intitulado “GORDOFOBIA, ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E AS CARÊNCIAS LEGISLATIVAS SOBRE A OBESIDADE” de autoria de Tais Martins, Paulo de Tarso de Oliveira Tavares e Robson Luiz Souza visa analisar a gordofobia e a obesidade, assuntos abrangentes e desafiadores.

No trabalho “JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: O EMBATE DOUTRINÁRIO ENTRE O EXCESSO DA INSTITUTO DA JUDICIALIZAÇÃO CONTRA A UTILIZAÇÃO DESTE PARA GARANTIA DA SAÚDE” de autoria de Ana Paula dos Santos Ferreira, Krishina Day Carrilho Bentes Lobato Ribeiro tem por objetivo investigar o fenômeno da Judicialização da Saúde, e para tal se utiliza do estudo de duas correntes, as quais posicionam-se de maneira favorável e contrária à Judicialização.

O autor Douglas Loroza Farias no artigo intitulado “NOVOS CONTORNOS DO DIREITO À SAÚDE E ALTERIDADE INDÍGENA” procura propor a ampliação dos contornos do direito à saúde dos povos indígenas, de modo a abarcar as exigências de tratamento diferenciado impostas pela alteridade.

No artigo “O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E O DIREITO À INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA DECIDIR” de autoria de Daniela Zilio tem como objetivo discorrer sobre o consentimento livre e esclarecido como objeto de exteriorização da autonomia do

paciente, coadunado ao direito à informação na relação médico-paciente, imprescindível na construção da autonomia para decidir.

Os autores Gabriele Ana Paula Danielli Schmitz e Matheus Luiz Sbardeloto no trabalho intitulado “O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA DIGNA: UMA ANÁLISE DO USO DO CANABIDIOL E DO TETRAHIDROCANABINOL A PARTIR DAS DECISÕES JUDICIAIS PROFERIDAS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA” tem por objeto a análise do uso dos compostos naturais canabidiol (CBD) e tetrahydrocannabinol (THC) para fins medicinais.

No artigo intitulado “OS IMPACTOS DA AUSTERIDADE NEOLIBERAL NA GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL” de autoria de Luanna da Costa Santos e Suzy Elizabeth Cavalcante Koury tem como objetivo analisar os impactos da austeridade neoliberal instituída pela Emenda Constitucional 95/2016 na garantia do direito à saúde no Brasil.

Os autores Caroline Regina dos Santos e Nivaldo Dos Santos no trabalho intitulado “PATENTE DE INVENÇÃO NO SETOR FARMACEUTICO E O CONTRATO DE COMPARTILHAMENTO DE RISCOS PARA O ACESSO A MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO NO BRASIL” tem como objetivo apresentar conceitos da patente de invenção no setor farmacêutico, o panorama histórico mundial e no Brasil sobre o acesso a medicamentos.

No artigo intitulado “PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS E DECISÕES AUTOMATIZADAS NA ÁREA DA SAÚDE: DESAFIOS EM RELAÇÃO À TELETRIAGEM MÉDICA” de autoria de José Luiz de Moura Faleiros Júnior e Vanessa Schmidt Bortolini tem como objetivo analisar os aspectos jurídicos da teletriagem, projetando adaptações legais e tecnológicas necessárias para fortalecer a prática médica remota e garantir a segurança e a privacidade dos pacientes.

Desejamos uma boa leitura!

Francielle Benini Agne Tybusch (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

Janaína Machado Sturza (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI)

Liton Lanes Pilau Sobrinho (Universidade do Vale do Itajaí/Universidade de Passo Fundo - UPF)

NOVOS CONTORNOS DO DIREITO À SAÚDE E ALTERIDADE INDÍGENA
NEW DELINEATIONS OF THE RIGHT TO HEALTH AND INDIGENOUS
OTHERNESS

Douglas Loroza Farias

Resumo

O artigo procura propor a ampliação dos contornos do direito à saúde dos povos indígenas, de modo a abarcar as exigências de tratamento diferenciado impostas pela alteridade. Para tal, é realizada revisão bibliográfica que se inicia com textos de antropólogos que evidenciam a diferença nas concepções indígenas de saúde e doença, quando comparadas com a visão ocidental. Ao realizar estudos em diferentes comunidades indígenas, esses antropólogos constatam ainda a existência de deficiências na implementação das políticas de saúde, motivadas principalmente por alijar desse processo as práticas e os saberes indígenas. Diante desses achados, propõe-se que o direito à saúde dos povos indígenas deve ter seus contornos ampliados, de modo a englobar tanto o acesso universal garantido a todos os cidadãos, quanto um atendimento diferenciado e específico, que tenha em consideração a cultura dos povos indígenas, numa interpretação sistemática da constituição. Por fim, o início da implementação fática desses contornos mais amplos é vislumbrado na legislação, embora os muitos desafios também sejam ponderados.

Palavras-chave: Direitos indígenas, Direito à saúde, Povos indígenas, Bioética, Saúde indígena

Abstract/Resumen/Résumé

The article seeks to propose the expansion of the scope of the right to health of indigenous peoples, in order to encompass the demands for differentiated treatment imposed by otherness. To this end, a bibliographical review is carried out, starting with texts by anthropologists that highlight the difference in indigenous conceptions of health and illness, when compared to the Western view. When carrying out studies in different indigenous communities, these anthropologists also note the existence of deficiencies in the implementation of health policies, mainly motivated by the exclusion of indigenous knowledge and practices from this process. In view of these findings, it is proposed that the right to health of indigenous peoples should have its delineations expanded, to encompass both universal access guaranteed to all citizens, and differentiated and specific care, which takes into account the culture of the indigenous people, in a systematic interpretation of the constitution. Finally, the beginning of the factual implementation of these broader contours is glimpsed in the legislation, although the many challenges are also considered.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Indigenous rights, Right to health, Indigenous people, Bioethics, Indigenous health

Introdução

A situação dos povos indígenas do Brasil tem se transformado sensivelmente nas últimas décadas. O incremento populacional, a grande migração para as cidades e a forte interação com a cultura não índia tem modificado os antigos paradigmas e concepções a respeito da condição do indígena enquanto membro da sociedade nacional.

Em um contexto de modificações tão sensíveis, em âmbitos culturais, econômicos e sociais, cumpre questionar até que ponto tem o Estado procurado estabelecer um sistema que procure propiciar uma atenção de saúde diferenciada aos indígenas, respeitando suas especificidades culturais.

Assim, faz-se mister uma análise do ordenamento jurídico pátrio para que se possa concluir até que ponto tem ele abarcado a ampla complexidade da questão indígena, positivando garantias para a proteção da saúde desta parcela tão diferenciada da população.

Neste artigo, por meio de revisão bibliográfica, inicialmente serão apresentadas análises antropológicas que demonstram o quão diferenciada da ocidental, holísticas e amplas são as concepções indígenas de saúde e doença, envolvendo preponderantemente elementos culturais, sociais e espirituais, para além dos fisiológicos.

Em seguida, serão apresentados os principais desafios que essas concepções diferenciadas impõem para a efetivação do direito à saúde dos povos indígenas. Nessa exposição, ficará explicitado que um mero acesso universal aos mesmos serviços disponibilizados a toda a população é insuficiente para a plena concretização desse direito.

Por derradeiro, será apresentada uma nova proposta para a ampliação dos contornos do direito à saúde dos povos indígenas, de maneira consentânea ao espírito da Constituição de 88 e respeitando o espírito pluralista e o direito à alteridade. Será nessa exposição ainda realizado o liame entre aspectos jurídicos e metajurídicos a fundamentar a concepção de direito à saúde proposta.

1 Povos indígenas e suas concepções diferenciadas de saúde e doença

O Brasil é dotado de invejável diversidade étnica. Cada etnia indígena, e até mesmo cada comunidade ou aldeia indígena, vistas em separado, possuem peculiaridades que as tornam

expressão ímpar de um processo histórico e de um modo de vivência humana interagindo com a natureza e o meio cultural.

Diante disso, torna-se temerário realizar qualquer generalização que procure abarcar todas essas comunidades, pois a diversidade existente assim o impede. Neste trabalho, serão apresentados conceitos sobre a visão do indígena do estado de saúde e doença. Há de se levar em consideração, contudo, que embora essas visões se apliquem a maioria das etnias, é possível que haja diferenças e peculiaridades próprias de cada povo indígena.

O indígena não concebe a dissociação que o homem moderno faz entre corpo, mente e espírito, base do racionalismo. Isto influencia diretamente a visão desses povos sobre saúde e doença, que se caracteriza por ser holística, integrando processos fisiológicos, psicológicos e espirituais.

Para o indígena, a doença não é uma entidade independente do sujeito por ela acometido. Atribuir uma morbidade a um micro-organismo e não a conjuntura social e pessoal vivida por um indivíduo não é conceito por eles facilmente assimilado. Além disso, enquanto a ciência ocidental desenvolveu-se com base no racionalismo e rechaçando as explicações míticas, os indígenas mantêm suas crenças transcendentais sobre a saúde e a doença. Sobre o tema, leciona Verani:

Os casos de doença em geral são vistos como resultado de uma conjuntura adversa, social e sobrenatural. Esta forma de perceber a doença, fazendo intervir domínios diversos e conjunturas pessoais e mesmo pondo em jogo elementos de cosmologia, da ordem do mundo, caracteriza a visão holística inerente a maioria das medicinas “tradicionalistas”. (VERANI, 1994, p.107-108)

Por essas razões, uma doença é geralmente atribuída a um feitiço realizado por um grupo rival, pela falta de diligência do indivíduo com relação ao cumprimento de suas obrigações e até mesmo como castigo de um ente sobrenatural.

A percepção de doença e os sintomas a ela associados são, assim, influenciados não apenas por fatores biológicos, mas também culturais. Assim, as medidas preventivas, curativas e as avaliações de evolução do quadro da doença acabaram por ser influenciadas por esta visão. Nesse sentido, argumenta Pollock:

Vários relatos deixam claro que, para os índios sul-americanos, doença é uma metáfora de domínio público, que pode ser utilizada em referência a várias situações de sofrimento de natureza pessoal e/ou social; um código altamente significativo, através do qual as interações do indivíduo com o mundo assumem profunda significação (POLLOCK, 1994, p. 143).

O aumento do contato com a sociedade circundante acaba por gerar quadro atentatório

a saúde dos indígenas, sendo geralmente seguido por vertiginosa redução demográfica provocada precipuamente por epidemias causadas por agentes etiológicos com que não tinham contato os indígenas. A longo prazo, ocorre o acesso a fontes de renda externa que levam ao abandono das tradicionais atividades de subsistência, da mobilidade espacial e da alimentação tradicional, o que gera uma mudança de hábitos que acaba por impactar nos indicadores de saúde desses povos.

A forma de interpretar essas novas doenças pós-contato varia de acordo com as concepções culturais de cada etnia, sofrendo ainda influências das mais variadas. Langdon propõe distinção que se aplica a vários grupos, em que é considerada doença dos brancos as introduzidas após a interação com os não índios, sendo as doenças já anteriormente conhecidas e habituais classificadas como doenças de índio:

O itinerário terapêutico é guiado por uma distinção entre doenças "dos brancos" e doenças "dos índios". Segundo ela, a classificação de uma dada doença como "do branco" ou "do índio" determinará a escolha do tratamento; usualmente, a via da biomedicina no primeiro caso e da medicina indígena no segundo (LANGDON, 1994, p. 118).

A título de exemplificação desta aludida distinção, cabe mencionar estudo realizado por Conklin com os indígenas Wari', etnia atualmente fixada no estado de Rondônia, em que aduz:

“Doenças civilizadas” apresentam certos sintomas característicos e, frequentemente, são epidêmicas: gripes, sarampo, caxumba, coqueluche, catapora, poliomielite e tuberculose. “Doenças Wari” são aquelas cuja ocorrência os Wari' afirmam anteceder o contato: febres, distúrbios gastrintestinais, obstrução urinária, convulsões e prostração súbita (CONKLIN, 1994, p. 166).

Uma vez compreendida a forma peculiar com que concebem a doença e a saúde, cabe demonstrar em como essas visões influenciam no sucesso dos tratamentos curativos e preventivos, bem como nas políticas públicas na área de saúde indígena.

2 Desafios impostos pela alteridade: políticas públicas e a diversidade cultural indígena em matéria de saúde

Faz-se mister mencionar que, quando doenças alienígenas e a medicina ocidental são inseridas em uma comunidade indígena, a tendência é que essas inovações sejam interpretadas a luz dos conceitos da medicina tradicional e do padrão cultural vigente. Destarte, é fundamental considerar que:

O grau de receptividade à medicina ocidental depende destes conceitos e das práticas estranhas não serem antagônicas às noções sobre o corpo humano, sobre causa e prevenção das doenças e às relações sociais que cercam a doença. O mero fornecimento de serviços médicos será insuficiente para garantir um sistema de saúde eficaz caso não sejam equacionados os conflitos e equívocos existentes entre os conceitos ocidentais e indígenas de saúde e doença (CONKLIN, 1994, p. 161).

Desta forma peculiar de análise da realidade surgem problemáticas que podem ser tidas como totalmente imprevisíveis caso não se leve em consideração o aspecto cultural na elaboração da política de saúde.

Tanto em estudo realizado por Pollock com os índios Kulina residentes na Amazônia ocidental, tanto em estudo realizado por Conklin com os Wari' de Rondônia, observou-se a preferência pela utilização de alguns remédios por parte de indígenas, não motivada por uma compreensão relativa à posologia e destinação dos medicamentos, mas sim por concepções culturais. A esse respeito, comenta o primeiro autor:

Várias medicações específicas são altamente apreciadas, particularmente aquelas destinadas a doenças de pele. Mercúrio cromo e violeta genciana são consideradas substâncias fortes e aromáticas, daí suas propriedades curativas. Além disso, ambas colore a pele, combinando com o vermelho do urucu e o azul/negro do jenipapo, aplicados na face e braços, nas pinturas corporais ritualísticas (POLLOCK, 1994, p.157).

Os indígenas apreciam tais medicamentos pois, em sua medicina tradicional, as plantas medicinais são justamente as que apresentam aroma e colorido mais acentuados. Por outro lado, alguns remédios, de inegável potencial curativo, são relegados a segundo plano, por não possuírem características sinestésicas chamativas. Ademais, dada a semelhança de muitos remédios, estes acabavam por ser confundidos e não respeitadas as destinações recomendadas para cada um: , conforme observa Pollock:

Em sua avaliação das medicações ocidentais, os Kulina tomam os critérios básicos empregados na avaliação das plantas curativas, cujos poderes derivam de características generalizadas, como aroma 'agradável', por exemplo. A suposição básica dos Kulina de que todos os medicamentos são semelhantes é reforçada pelo fato dos fornecedores de produtos farmacêuticos para o governo brasileiro distribuírem todas as drogas em embalagens semelhantes (POLLOCK, 1994, p. 157).

Um dos desafios da Medicina hodierna é superar a fragmentação das diferentes especialidades científicas para que se alcance o diagnóstico das doenças levando-se em consideração fatores biológicos, o histórico do paciente, a influência do seu equilíbrio psicológico e de sua aceitação social.

É curioso observar que o indígena, em sua visão holística, já realiza naturalmente tal abordagem, conforme assevera VERANI (1994, p. 107): "na percepção indígena da doença, caracterizada por um conceito amplo que inclui infortúnios e conjunturas adversas, atua um sistema etiológico que se organiza em uma hierarquia não excludente de múltipla causalidade".

Assim, ao se estudar as morbidades existentes em comunidades indígenas, deve-se dedicar especial atenção a fatores não fisiológicos como propulsores da doença. Infelizmente, esta não é a atuação mais comum, ainda insistindo os profissionais de saúde numa abordagem menos ampla que acaba por não diagnosticar adequadamente as doenças que têm cunho cultural e se relacionam a crenças espirituais ou contradições sociais, as "doenças de índio". Tal abordagem é bastante comum:

Com o objetivo de possibilitar a identificação de uma entidade nosológica nos moldes da taxonomia médica, baseada na noção ontológica de doença, foram abstraídas as conjunturas individuais, sociais, políticas e sobrenaturais da noção de doença tradicional (VERANI, 1994, p. 106).

Como exemplo de tal limitação, tem-se um estudo realizado no Parque Indígena do Xingu, com relação à doença da reclusão, morbidade que acoitava muitos jovens índios quando esses se submetiam ao ritual de passagem da puberdade para a idade adulta, envolvendo-se assim em ambiente de ascetismo. Constatou-se pelas equipes médicas a ocorrência de neuropatia periférica, provocada pela ingestão de ervas venenosas. Contudo, muitos casos de doença da reclusão não se classificavam como neuropatia, tendo observado outras formas de manifestação da doença, com influência pessoal, social ou cosmológica:

Manifestações de ansiedade, podendo incluir hiperventilação e a síndrome do pânico, ou mesmo uma furunculose irradiando dor para as articulações dos membros inferiores, impedindo a marcha normal. Estas manifestações denominadas de manifestações psicológicas da doença da reclusão pelos médicos pesquisadores (Baruzzi & Pinto, comunicação pessoal), são a expressão da realidade simbólica da doença para suas vítimas. Essa realidade simbólica, tanto em termos cognitivos quanto afetivos, denomina-se "eficácia simbólica" e pode possuir implicações relevantes em termos da realidade biológica da doença, tanto fazendo adoecer quanto curar (VERANI, 1994, p. 104-105).

Conforme se pode perceber, muito além de uma questão filosófica sobre a preservação cultural de um povo, o respeito à medicina tradicional e às concepções culturais de um dado povo indígena no processo de implementação de um sistema de saúde é essencial para a efetividade do próprio sistema, sendo fundamental para se alcançar um direito a saúde indígena em todas as dimensões abarcadas por nossa Constituição.

Entretanto, observa-se que o aparato estatal existente vem habitualmente solapando os direitos a uma atenção diferenciada. Muitas vezes, os trabalhadores de saúde atuam de forma a considerar apenas fatores fisiológicos em seus diagnósticos, a distribuição de medicamentos se dá sem a análise de como esses elementos serão receptados pela comunidade indígena e o tratamento é realizado sem considerar a atenção a fatores psicológicos e espirituais, relegando uma análise cultural mais aprofundada a último plano. É o que se observou em estudo com o povo Wari:

Os conflitos entre prioridades administrativas e prioridades culturais/ecológicas refletem as visões fundamentalmente opostas das duas sociedades com relação a saúde. Os Wari' veem nos cuidados com a saúde e com os meios de subsistência a base para uma saúde individual e coletiva adequada. O planejamento administrativo, por sua vez, tem dado prioridade à criação de infraestrutura clínica e centralizada voltada para ações curativas (CONKLIN, 1994, p. 179).

Na tentativa de superar esta limitação, o Estado tem procurado implementar uma política de gestão participativa em que os indígenas influenciam ativamente na decisão dos rumos das políticas públicas, tanto em âmbito local, com a instituição de órgãos representativos chamados de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), quanto em áreas macro, por meio das Conferências Nacionais e Proteção a Saúde do Índio, em que também é garantida a representatividade indígena. Contudo, tal ato não é imune a críticas, conforme se comentou sobre uma Conferência específica:

A IV Conferência certamente será lembrada pela dissonância entre a gravidade da situação e da crise em andamento em boa parte dos DSEIs no período, e o desproporcional volume de recursos aplicados em hotéis de luxo para a realização do evento, sem qualquer necessidade objetiva para tanto: a má qualidade das discussões o comprovaram (VARGA, 2013, p. 3).

Além do exposto por Varga, lembra-se que nem sempre as deliberações realizadas em tais conferências são postas em prática. Outra estratégia adotada pelos DSEIs para o aprimoramento do atendimento é a contratação de indígenas para os cargos de agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento. Esta contratação baseia-se na ideia de que os indígenas contratados podem realizar o liame entre os profissionais de saúde não indígenas e os clientes indígenas. Há poucos estudos para analisar os impactos dessas contratações, alguns deles apontados por Conklin:

Se um agente de saúde indígena passa a receber salário ou viver às custas das contribuições dos membros da comunidade, ele ou ela estará entrando em um novo patamar econômico e social cujas repercussões sobre a sociedade como um todo podem ter consequências imprevisíveis (CONKLIN, 1994, p. 182).

Já se percebe que muitos indígenas não conseguem realizar a contento as funções de agente indígena, em parte por falta de treinamento e em parte por inaptidão para este trabalho. Ademais, muitos usam seus cargos para obter poder político dentro de suas comunidades e discriminam em seus atendimentos grupos dissidentes ou clãs rivais, exacerbando conflitos sociais (CONKLIN, 1994).

Diante desta realidade que se apresenta, cumpre frisar que conceitos oriundos da sociedade ocidental, como tecnologia apropriada, controle comunitário e transferência de autoridade precisam ser analisados a luz dos sistemas de crenças e estruturas sociais das sociedades em que serão introduzidos. O modelo ocidental, se for imposto como modelo único e pré-estabelecido, pode não ser adequado para as realidades tão distintas das múltiplas comunidades indígenas (CONKLIN, 1994).

3 Reconhecendo os novos contornos do direito à saúde com base na alteridade e direitos culturais indígenas

Antes de expor a questão da saúde do indígena enquanto direito, cabe mencionar a lição de Valadão e Azanha: “Nossa sociedade foi responsável, durante séculos, pelo extermínio sistemático da população indígena. Mas, curiosamente, essa mesma sociedade sempre elaborou leis específicas de proteção aos índios (VALADÃO; AZANHA, 1991, p. 3)”. A ambiguidade entre a proteção legal e a efetivação dessas leis perpassará o presente trabalho.

A Constituição Federal trouxe mudanças significativas no serviço público de saúde ao estabelecer em seu artigo 198 um novo regime em que as ações e serviços de saúde pública integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, tendo como diretrizes a descentralização (com direção única em cada esfera do governo), o atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas) e a participação da comunidade.

Consolidou-se então o entendimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que engloba uma série de complexos fatores para além da mera ausência de doença. Para efetivar esse direito, foi criada a Lei 8080/90, que institui o Sistema Único de Saúde.

No que concerne ao direito dos povos indígenas à saúde, cabe observar, com Villares (2009), que não se admite que as prestações estatais de saúde, como parte do sistema de seguridade social, estejam alheias aos povos indígenas. Os índios, segundo o autor, devem ter

acesso às políticas e programas disponibilizados aos demais brasileiros, sem discriminação, uma vez que o sistema de seguridade social constitucional tem como postulado básico a universalidade.

Contudo, conforme pondera Araujo Junior (2018), a construção de uma sociedade igualitária exige ter em consideração as diferenças. Para o autor, a garantia da igualdade não pode culminar na descaracterização, bem como a proteção da diferença não pode redundar na inferiorização. Por isso, no caso dos povos indígenas, impende a proteção dos modos de vida, costumes, tradições e cosmovisões

Em uma análise superficial, poder-se-ia considerar que não existe, na Constituição de 88, nenhuma garantia de tratamento diferenciado ao indígena no que concerne a proteção de sua saúde, estando seus direitos adstritos aos mesmos que possuem o restante da população.

Contudo, embora não tenham os constituintes positivado artigo que trate especificamente sobre o tema, a Constituição é clara ao garantir aos índios, em capítulo a eles destinado, o direito a manutenção de sua cultura, organização social e modo de vida tradicional. Assim, argumenta Barreto (2014) que a Constituição de 88 não tratou exaustivamente do conteúdo dos direitos indígenas, tendo apenas sinalizado um “conteúdo mínimo”, um ponto de partida. Ou seja, direitos podem ser aduzidos por decorrerem direta ou indiretamente da proteção da organização social, costumes, crenças e tradições dos povos indígenas.

Cabe trazer a lume, nessa esteira, a lição de Santos Filho (2012), que defende que, ao se reconhecer aos índios o direito a organização social, costumes, crenças e tradições, o que fez a Constituição foi albergar o direito à alteridade, o direito do índio ser diferente, sem ser inferiorizado. Assim, do direito a alteridade também podem decorrer outros direitos.

A Constituição deve ser interpretada de modo sistemático, tendo em consideração todo o seu conjunto. Os direitos de alteridade atribuídos aos povos indígenas se espraiam por todo o texto, sendo também aplicáveis ao direito à saúde. Nesse prisma, é valiosa a lição de Villares:

O respeito previsto no art. 231 é norma que serve para definir o alcance e sentido das outras normas do ordenamento, estabelecendo o alcance real das garantias fundamentais. Deve ser observada, tanto na aplicação do direito ao caso concreto judicializado, atividade de interpretação que cabe ao juiz na decisão dos processos, como na aplicação do direito pelo poder executivo, diariamente na tomada de decisões ao realizar as políticas públicas de sua competência (VILLARES, 2009, p. 44)

Portanto, ao abordar o direito que o indígena possui a um atendimento adequado de saúde, há de se ter em mente os amplos contornos que esse direito possui: tal direito engloba

primeiramente a faculdade de receber as prestações estatais (tratamentos, medidas preventivas e acessar os serviços de saúde) em igualdade de condições com o restante da população, ilidindo-se, assim, qualquer conduta discriminatória.

Os contornos do direito a saúde da população indígena, contudo, não se encerram apenas nesse elemento. Há ainda uma concepção mais ampla, que engloba o direito desses povos de manter seus próprios métodos de cura e tratamento, bem como suas formas de interpretação do conceito de doença e saúde, devendo a prestação dos serviços pelo Estado adequar-se as especificidades de cada povo indígena e respeitar seus conhecimentos tradicionais, que são, acima de tudo, uma manifestação cultural.

Dantas (2014) argumenta que os direitos referentes às especificidades culturais, aos modos de vida, à organização social e à ocupação territorial remetem inexoravelmente a discussão ao âmbito das identidades étnicas. Os direitos diferenciados em razão do grupo, para o autor, requerem o pleno reconhecimento das múltiplas identidades formadoras do tecido social do Estado. De tal reconhecimento, aduz-se a ampliação dos contornos do direito à saúde, de modo a englobar também as concepções e saberes indígenas.

A segunda dimensão do direito indígena à saúde, considerada como um direito a uma atenção de saúde diferenciada e específica, deita raízes num direito fundamental, o direito de manutenção da cultura e organização social tradicionais dos povos indígenas. Sobre esse direito, leciona Villares:

Os direitos dos indígenas de terem respeitadas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, previstos no art. 231, devem ser considerados como direitos fundamentais, mesmo que não previsto no Título II da Constituição de 1988. São direitos fundamentais porque a sua finalidade é dignificar o índio como ele é, respeitar sua humanidade, garantir a sua liberdade real e a sua igualdade de direitos frente ao restante da sociedade brasileira (VILLARES, 2009, p. 319)

Assim, percebe-se que a Carta de 88 rege a matéria com a influência do espírito pluralista inerente a um Estado Democrático de Direito. Além disso, nota-se que a Constituição não impõe ao indígena uma assimilação pela sociedade não índia, mas sim garante a preservação de seu modo tradicional de vida, cabendo a esses povos buscar para seu futuro o que julgarem ser mais conveniente em termos de interação com a “comunhão nacional”, em claro respeito à autonomia de vontade dos povos indígenas.

Resguardar as concepções indígenas de saúde e doença, bem como seus modos tradicionais de tratamento é desdobramento lógico do princípio da isonomia em sua dimensão

substancial. Além disso, conforme leciona Kayser, os direitos culturais da Carta de 88 tem aplicação imediata.

(..) o reconhecimento dos direitos culturais pela Constituição Brasileira não depende, todavia, da promulgação de uma lei, e sim, ele é regulamentado diretamente na Constituição. As respectivas regulamentações da Constituição brasileira são diretamente aplicáveis e não necessitam, por isso, para a sua aplicação, de outros atos de concretização (KAYSER, 2010, p. 222)

Intimamente relacionado com os direitos culturais indígenas está o direito à autodeterminação, sendo este desdobramento daquele. Conforme argumentam Vargas e Erazo (2010), todos os direitos coletivos dos povos indígenas tem sua sustentação jurídica na autodeterminação, uma vez que somente com a possibilidade de decidir sobre o próprio futuro é possível exercer os direitos que se tem em conjunto.

Ao atribuir aos indígenas o direito de se autodeterminar de acordo com suas próprias concepções e cultura, trouxe a Constituição importantes consequências para o âmbito da saúde indígena, principalmente quando analisamos a questão a luz do princípio da bioética conhecido como princípio da autonomia.

O direito da bioética trata de questões que adentram as esferas biológicas e médicas, levando-se em consideração questões morais e éticas. As práticas das ciências da vida amiúde provocam questionamentos de índole ética, surgindo o direito da bioética, tendo como fulcro a dignidade da pessoa humana, como forma de apaziguar tais questões. Sobre o tema, assevera-se que:

O direito da bioética é um direito que se constrói a partir de uma concepção particular do lugar da pessoa no universo e no seio da comunidade humana no passado, presente e futuro. De fato, ele se estrutura e se desenvolve em uma perspectiva de respeito e de proteção da dignidade da pessoa humana. Este princípio de dignidade, ao lado do princípio da liberdade da pessoa, aparece como “princípio matricial” da bioética, retomando uma célebre fórmula de N. Lenoir et B. Mathieu (MONDIELLI, 2010, p.103).

Embora tenhamos que reconhecer a fluidez e dificuldade de definição do conceito de dignidade da pessoa humana, deve-se assentar que, para o estabelecimento de uma vida digna, deve cada indivíduo ver respeitada a sua autonomia. O princípio da autonomia surge assim como desdobramento, ou até mesmo faceta, da dignidade da pessoa humana. Sobre este princípio, obtempera Loch:

O respeito à Autonomia significa ter consciência deste direito da pessoa de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções. Respeitar a autonomia é, em última análise, preservar os direitos fundamentais

do homem, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade (LOCH, 2002, p.15).

O princípio da autonomia geralmente tem aplicação na necessidade de informação do paciente e da necessidade deste assentir com os tratamentos propostos pelo médico. Entretanto, este princípio é mais amplo e inclui o respeito ao pluralismo ético-social, o que nos interessa em particular por tratarmos de comunidades indígenas.

Destarte, tal princípio pode ser aplicado a esses povos no que concerne a seu direito a uma atenção diferenciada à saúde, reforçando a ampliação de contornos propostas para o direito à saúde, embasando a construção de uma política que se coadune com os anseios das comunidades indígenas, sendo por elas compreendida e aceita.

Por fim, cumpre observar que o constituinte não falhou ao erigir os direitos dos indígenas à atenção diferenciada de saúde. A Carta Cidadã positiva de modo sintético os preceitos que devem nortear todo o regramento relativo aos povos indígenas, incluindo neste aspecto o direito à saúde. O princípio da autonomia, do ramo do Direito da Bioética, também pode ser utilizado para reforçar a tese de que os indígenas podem, em sua autodeterminação, optar por receber uma atenção de saúde específica que se adeque a sua cultura.

Entretanto, retirar destas normas o mero simbolismo e aplicá-las a realidade fática é o grande desafio que tem que ser encarado de modo sério pelo Estado brasileiro. Muitos fatores podem explicar o insucesso das políticas de saúde indígena até hoje implementadas, mas não se pode deixar de considerar como fator determinante a incapacidade de se executar uma política que se amolde as peculiaridades desses povos.

Para a implementação do novo regime constitucional em matéria de saúde indígena, foi ativo tanto o legislador. No sistema criado, cabe à União o financiamento dos serviços de saúde indígena, podendo haver atuação complementar de Estados, Municípios, organizações governamentais e não-governamentais no custeio e também na execução das ações.

Para garantir o direito dos povos indígenas ao acesso universal à saúde, o Decreto 3156/99, da presidência da república, criou o subsistema de atenção à saúde indígena, atribuindo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações destinadas aos povos indígenas. A Lei 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, acrescentou dispositivos à Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, nela incluindo, agora com status legal, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, na mesma toada do Decreto a ela anterior

Atualmente existem 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Os DSEIs têm por objetivo a organização e adequação de práticas de saúde e medida sanitárias para atender a população indígena. Os 34 distritos são distribuídos em todo território brasileiro usando como parâmetro estratégias territoriais e necessidades de demanda.

Na atual sistemática, o Sistema Único de Saúde (SUS) serve de retaguarda e de referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Nas regiões onde existem populações indígena e conseqüente demandas por atendimento, devem ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS, para proporcionar o atendimento em todos os níveis, sem discriminação.

Frise-se que as populações indígenas seguem tendo o direito de usufruir do sistema geral, o Sistema Único de Saúde, de acordo com suas necessidades, não sendo obrigadas a realizar seus atendimentos no sistema próprio.

Avaliando o sistema criado pelo legislador e pela normatização, nota-se nele o cariz dos contornos aqui propostos para o direito à saúde indígena. O acesso franqueado ao SUS por todo e qualquer indígena garante a universalidade do acesso à saúde em igualdade de condições com qualquer outro cidadão brasileiro.

Os DSEIS e o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena seriam os responsáveis por se encarregar dos contornos específicos dos atendimentos aos indígenas, tendo em consideração as culturas diferenciadas, os saberes próprios e concepções de saúde e doença não ocidentais, bem como os projetos diferenciados de futuro.

Embora note-se um esforço para a efetivação do direito indígena à saúde, nota-se que ainda é necessária uma grande evolução nessa área. Cabe também a sociedade civil, as associações indígenas, ONGs indigenistas e órgãos públicos competentes contribuir para uma política que possua o fito de finalmente realizar o que dispõe nossa constituição relativamente à saúde dos povos indígenas.

Conclusões

Neste artigo foram apresentados elementos que demonstram o quão essencial é a elaboração de uma política de saúde indígena que tenha enfoque nas especificidades culturais dos povos atendidos e no respeito à alteridade, tendo como base estudos antropológicos em diversas comunidades.

Ademais, da pesquisa se percebe a incapacidade do Estado brasileiro em estabelecer uma política que de fato seja capaz de atender as peculiaridades dos indígenas. Apontou-se a Carta de 88 e o princípio da autonomia da bioética como fulcro em que se assenta todo o direito indígena a uma política de saúde adequada, impondo-se, por conseguinte, o dever de proteção a esse direito ao Estado.

Foi proposto ainda que a o direito indígena à saúde possui contornos mais amplos que o direito dos demais cidadãos, para além do acesso universal e prestações a todos garantidas. As especificidades culturais tornam imperioso que qualquer processo de implementação de saúde indígena, seja no âmbito legislativo, executivo ou judicial, tenha em conta a alteridade, os saberes e as concepções próprias desses povos, sob risco de, ignorando-os, tornar-se inócua.

Serão necessários ainda muitos esforços para a efetivação do direito a saúde dos povos indígenas com a amplitude dos direitos propostos. O presente trabalho impulsiona os debates sobre a efetivação deste direito, bem como traz a lume as reiteradas vulnerações que tem ele sofrido.

Os povos indígenas, geralmente marginalizados e esquecidos, precisam ter o protagonismo na elaboração de propostas para efetivação deste direito, o que também impulsiona debates sobre a participação indígena e métodos para que a presença em órgãos colegiados, como o mencionado CONDISI, sejam uma maneira real de garantir a expressão da vontade das comunidades.

Referências

ARAUJO JUNIOR, Julio José. *Direitos territoriais indígenas: uma interpretação intercultural*. Rio de Janeiro: Processo, 2018.

AZANHA, Gilberto; VALADÃO, Virgínia Marcos. *Senhores destas terras: os povos indígenas no Brasil*. São Paulo: Atual, 1991.

BARRETO, Helder Girão. *Direitos Indígenas: vetores constitucionais*. Curitiba: Juruá, 2014

BRASIL. *Caminhos do Direito á saúde no Brasil*. Ministério da Saúde. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf. 2007>. Acesso em: 30 mar. 2013.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:<www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 01 fev. 2016.

_____. Lei nº: 9.836/1999. 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: promulgada em 23 set. 1999. Disponível em:< www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm>. Acesso em: 4 abr. 2013.

CONKLIN, Beth A. *O sistema médico Wari' (Pakaanóva)*. In Santos, Ricardo V.; COIMBRA JR, Carlos E.A. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

DANTAS, Fernando Antonio de Carvalho. *Descolonialidade e direitos humanos dos povos indígenas*. Ver. Educ. Públ. Cuiabá, vol. 23, n. 53/1, p. 343 – 367, 2014.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 6. ed. p. 154-220. Saraiva. São Paulo, 2009.

KAYSER, Hartmut-Emanuel. *Os direitos dos povos indígenas do Brasil: desenvolvimento histórico e estágio atual*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2010.

LANGDON, Esther Jean. *Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana*. In Santos, Ricardo V.; COIMBRA JR, Carlos E.A. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LOCH, Jussara de Azambuja. *Princípios da Bioética*. Disponível em: <www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/principiosdebioetica.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MONDIELLI, Eric. *Noções de bioética e do direito da biomedicina na experiência francesa*. In Revista de Direito Sanitário. São Paulo: USP, 2010. v. 11, n. 2

POLLOCK, Donald K. *Etnomedicina Kulina*. In Santos, Ricardo V.; COIMBRA JR, Carlos E.A. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTOS FILHO, Roberto Lemos dos. *Apontamentos sobre o Direito Indigenista*. Curitiba: Juruá, 2012.

VARGA, István van Deursen. *Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios*. Disponível em xa.yimg.com/kq/groups/24050672/483804453/name/Secretaria+Especial+de+Saude+Indigena.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

VARGAS, Sorily Carolina Figuera; ERAZO, Juan Pablo Sarmiento. *Autodeterminación indígena en Colombia: estudio jurídico-político del caso de la comunidad Mokaná de Malambo en el Caribe colombiano*. Barranquilla: Universidad del Norte, 2016.

VERANI, Cibeli B. L. *A construção social da doença e seus determinantes culturais: a doença da reclusão do Alto Xingu*. In Santos, Ricardo V.; COIMBRA JR, Carlos E.A. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

VILLARES, Luiz Fernando. *Direito e Povos Indígenas*. Curitiba: Juruá, 2009