XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO E SAÚDE II

CLEIDE CALGARO

LITON LANES PILAU SOBRINHO

THAIS JANAINA WENCZENOVICZ

REGINALDO DE SOUZA VIEIRA

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

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

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

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

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

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

D597

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

Coordenadores: Cleide Calgaro; Liton Lanes Pilau Sobrinho; Reginaldo de Souza Vieira; Thais Janaina Wenczenovicz.

– Florianópolis: CONPEDI, 2022.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-645-1
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constitucionalismo, Desenvolvimento, Sustentabilidade e Smart Cities

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXIX Congresso Nacional do CONPEDI Balneário Camboriu - SC (3: 2022: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



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

XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO E SAÚDE II

Apresentação

Pensar o Direito e a saúde em um período antecedido por uma pandemia traz à luz inúmeras dialogicidades. Nesse contexto, o GT contou com apresentação de 11 artigos.

A abertura do livro realiza-se com a reflexão de Eduardo Augusto Fernandes , Letícia Machado e Jonatas Matias Xavier sob o título de O DIREITO À SAÚDE, O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FUNDAMENTO NA JUDIACIALIZAÇÃO DA SAÚDE. Tem como tema o direito à saúde, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento na judicialização da saúde. O objetivo geral consiste em analisar a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana na fundamentação da judicialização da saúde para a tutela do direito à saúde. Frente a reflexão foi possível antever que a judicialização da saúde envolve uma atuação do Judiciário tanto em relação ao Executivo quanto ao Legislativo, e tudo dentro do sistema de freios e contrapesos entre os poderes que caracteriza o Estado Democrático de Direito, mas também quando há violação de direitos saúde, pois a atuação do Judiciário tem por obrigação assegurar o cumprimento dos direitos fundamentais, utilizando de suas atribuições específicas para alcançar este fim.

O segundo artigo intitulado SUICÍDIO DE IDOSOS NO BRASIL E SEU AUMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 com autoria de Maíla Mello Campolina Pontes dialoga com os eixos temáticos envelhecimento, suicídio e saúde mental. A reflexão analisa os principais fatores motivadores do suicídio entre os idosos. Em momento subsequente, o objetivo foi verificar se a pandemia de COVID-19 promoveu o aumento do autoextermínio entre os idosos. Para esse fim, foram utilizados os resultados de duas pesquisas recém-publicadas, que compararam o número de suicídios em idosos no ano de 2020, com aquele que seria estimado para o período, em um contexto de normalidade, com base nas taxas dos últimos anos. Os resultados obtidos pelas duas pesquisas tiveram divergências, mas ambos mostraram que os efeitos da pandemia de COVID-19 ocasionaram o agravamento de fatores relacionados ao autoextermínio entre os idosos. Também causaram impactos de proporções diferentes nas cinco macrorregiões brasileiras. Ao final, foram sugeridas propostas para mitigação desse problema.

O terceiro texto escrito por Dani Rudnicki , Valdir Florisbal Jung e Bruna Vidal da Rocha analisa o funcionamento do Complexo Penitenciário de Canoas, instalado na região

metropolitana de Porto Alegre (RS) sob o ponto de vista da saúde pública do encarcerado. A instituição foi arquitetada para ser uma prisão modelo, que inclui sistema de bloqueador de sinal de celular. Existe, nela, a política de não receber presos ligados a grupos criminosos e, também, parcerias com a sociedade civil e poder público para oportunizar vagas de trabalho. A Superintendência de Serviços Penitenciários do RS (SUSEPE), subordinada à Secretaria da Administração Penitenciária (SEAPEN), é o órgão Estadual responsável pela execução administrativa das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança. Entre as casas prisionais que administra, está o Complexo Penitenciário de Canoas.

Na sequência encontra-se o estudo denominado OS LIMITES PARA DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO E A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL NOS CASOS DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS e tem como autoria Márcia Silveira Borges e Flavia De Paiva Medeiros De Oliveira. O texto traz como problemática reflexionar questões da autonomia privada e autonomia da vontade em relação aos direitos da personalidade, observando os limites existentes para disposição do próprio corpo, em especial nos casos que versam sobre transplante de órgãos, apresentando os aspectos da responsabilidade civil envolvidos. A problemática que orienta a trajetória de escrita é verificada principalmente no conflito entre autonomia da vontade e a dignidade humana.

O quarto artigo escrito por Erika Araújo de Castro , Danilo Rinaldi dos Santos Jr. e Clarindo Ferreira Araújo Filho tem como título TESTAMENTO VITAL: GARANTIA DE FINAL DE VIDA DIGNO E EFETIVIDADE DOS FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO que tangencia debates sobre o testamento vital, suas características e a viabilidade de sua aplicação mesmo no silêncio do ordenamento jurídico brasileiro frente ao constitucionalismo contemporâneo. O trabalho alinha-se na temática voltada ao desenvolvimento de um estudo que traz sua importância e implicações para o indivíduo ao final de sua vida e a necessidade de debate diante da falta de regulamentação específica, em um momento em que as evoluções técnicas e científicas têm possibilitado estender os dias de vida de pacientes com doenças graves e incuráveis, considerando os impactos dessa sobrevida para a dignidade e certa qualidade de vida. O presente estudo traz uma pesquisa exploratória bibliográfica que promove a intersecção dos aspectos éticos-médicos e jurídicos em torno do testamento vital, com destaque para os princípios constitucionais da autonomia, liberdade e dignidade. Tem-se como objetivo solidificar a legalidade e a importância na utilização do instrumento, diferenciando-o das práticas ilegais, bem como promover a conscientização sobre sua utilização visando garantir a dignidade ao final da vida.

Sob autoria de Letícia Machado , Eduardo Augusto Fernandes e Lauriane Ferreira da Silva mostra por meio de uma pesquisa bibliográfica o reforço da indispensabilidade da utilização das Soft Skills para melhor gerir a comunicação e empatia nas relações da saúde, sem excluir a importância, também, das Hard Skills. Assevera a necessidade do profissional da área da saúde em desenvolver tais habilidades comportamentais, sendo considerada aptidão necessária para o profissional do futuro. Tem o propósito de ressaltar os problemas que são causados por falta das habilidades sociais de empatia e comunicação assertiva, o que culmina em desgastes, preocupações, desrespeito a dignidade humana e possíveis demandas judiciais. Por fim, o estudo com o avanço tecnológico demonstrando que a fórmula futura do sucesso é o desenvolvimento das capacidades e habilidades comportamentais, não somente para o profissional da área da saúde, mas também para todo e qualquer profissional que queira se destacar no mercado de trabalho competitivo, tendo em vista o constante avançar da quarta revolução industrial.

O estudo nominado A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E OS MODELOS PRIVADOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS sob autoria de Gustavo Assed Ferreira , Carolina Assed Ferreira , Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho analisa os modelos de regulação dos seguros de saúde existentes no sistema capitalista e o papel da saúde suplementar adotado pelo Brasil para que se possa, assim, determinar possibilidades para o seu desenvolvimento sob uma perspectiva comparativa. O mercado de saúde privado está desempenhando um papel cada vez mais importante em países de alta e baixa renda, mas é mal compreendido por pesquisadores e formuladores de políticas. Este artigo mostra que a distinção entre seguro saúde público e privado é frequentemente exagerada, uma vez que mercados de seguro privado bem regulados compartilham muitas características com sistemas de seguro público. Observa que o seguro-saúde privado precedeu muitos sistemas modernos de seguro social na Europa Ocidental, permitindo a esses países desenvolver os mecanismos, instituições e capacidades que posteriormente possibilitaram o acesso universal aos cuidados de saúde. Por fim, revisa-se experiências internacionais com seguros privados, demonstrando que seu papel não se restringe a nenhuma região ou nível de renda nacional em particular. Na medida em que o seguro saúde privado fornece proteção financeira primária para os trabalhadores e suas famílias, enquanto os fundos de saúde pública são direcionados para programas que cobrem as populações pobres e vulneráveis, analisa-se a regulação da saúde suplementar e seu enquadramento dentro dos modelos apresentados.

Os autores Danilo Henrique Nunes , Raul Lemos Maia , Vitor Comassio de Paula Lima versam sobre o Direito à Saúde na sua perspectiva constitucional coletiva e de proteção intergeracional, tendo em vista que – de acordo com a Organização Mundial de Saúde - a vacinação é meio estratégico de imunização de populações contra endemias e pandemias,

especialmente no tocante às crianças. Também teve como objetivo investigar os efeitos sistêmicos de médio e de longo prazo em ações de desestimulo à vacinação infantil, uma vez que, por meio da educação em saúde a partir da primeira infância, inúmeras patologias que já foram consideradas extintas, passaram a ter casos confirmados nos primeiros anos da década de 2020 e os números crescem dia a dia. Assim, com relação à problemática, resta comprovado que há sim, neste sentido, aparente conflito de normas de Direitos Humanos e normas de Direitos Fundamentais, além de constitucionais a serem trazidas. Sim, aparente conflito e não evidente, pois, a escolha do legislador Constituinte Originário de 1988 é a de que o Direito à Saúde é uma forma de concreção do próprio Direito à Vida. Ao final, confirmará a imprescindibilidade da vacinação infantil como política pública de saúde, visando minimizar doenças para as futuras gerações.

O penúltimo texto nomeado PARTICIPAÇÃO POPULAR DAS COMUNIDADES INDÍGENAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS e resultado do trabalho de Reginaldo de Souza Vieira e Jesser Rodrigues Borges teve como objetivo verificar em que medida o ordenamento jurídico brasileiro permite/estimula a participação popular das comunidades indígenas nos processos de tomada de decisão que envolvem as políticas públicas do Sistema Único de Saúde - SUS a elas direcionadas. A reflexão promoveu-se uma breve retomada histórica do direito à saúde indígena no Brasil, abordando os principais instrumento normativos que tratam da temática, bem como dos órgãos e entidades que compõem o Subsistema de Saúde Indígena. Na sequência, buscou-se identificar os espaços destinados à participação popular de comunidades indígenas no âmbito do SUS. Por fim, concluiu que a participação popular das comunidades indígenas foi resultado de inúmeros movimentos sociais que proporcionaram a sua inclusão na Constituição Federal de 1988 como forma de promover o Estado Democrático de Direito. Contudo, mais recentemente, identificou-se uma série de entraves para a concretização efetiva da participação popular dos povos originários nos processos de tomada de decisão, visto que muitos órgãos colegiados foram extintos por decreto presidencial, bem como que as espaços destinados a este fim são poucos e contam com estrutura limitada.

O último texto denominado A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA RELAÇÃO COM O MÍNIMO EXISTENCIAL com autoria de

Fernando Gustavo Knoerr , Adriane Garcel e João Marcos Lisboa Feliciano apresenta como tema o direito à saúde, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento na judicialização da saúde. O objetivo geral circunda na aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana na fundamentação da judicialização da saúde para a tutela do direito à saúde.

Excelente leitura.

As/os organizadores

PARTICIPAÇÃO POPULAR DAS COMUNIDADES INDÍGENAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

POPULAR PARTICIPATION OF INDIGENOUS COMMUNITIES IN THE SCOPE OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM – SUS

Reginaldo de Souza Vieira
Jesser Rodrigues Borges

Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo verificar em que medida o ordenamento jurídico brasileiro permite/estimula a participação popular das comunidades indígenas nos processos de tomada de decisão que envolvem as políticas públicas do Sistema Único de Saúde - SUS a elas direcionadas. Acerca da metodologia, foi adotado o método dedutivo e a revisão bibliográfica como técnica de pesquisa, de modo a realizar um levantamento dos principais estudiosos da saúde indígena e da participação popular no Brasil, bem como do arcabouço normativo vigente acerca da temática central. A fim de responder ao problema de pesquisa, promoveu-se uma breve retomada histórica do direito à saúde indígena no Brasil, abordando os principais instrumento normativos que tratam da temática, bem como dos órgãos e entidades que compõem o Subsistema de Saúde Indígena. Na sequência, buscou-se identificar os espaços destinados à participação popular de comunidades indígenas no âmbito do SUS. Por fim, concluiu-se que a participação popular das comunidades indígenas foi resultado de inúmeros movimentos sociais que proporcionaram a sua inclusão na Constituição Federal de 1988 como forma de promover o Estado Democrático de Direito. Contudo, mais recentemente, identificou-se uma série de entraves para a concretização efetiva da participação popular dos povos originários nos processos de tomada de decisão, visto que muitos órgãos colegiados foram extintos por decreto presidencial, bem como que as espaços destinados a este fim são poucos e contam com estrutura limitada.

Palavras-chave: Comunidades indígenas, Direito à saúde, Participação popular no sus, Sistema único de saúde

Abstract/Resumen/Résumé

The present research purpose to verify to what extent the Brazilian legal system allows /encourages the popular participation of indigenous communities in decision-making processes that involve public policies of the Unified Health System - SUS aimed at them. About the methodology, the deductive method and the bibliographic review were adopted as a research technique, in order to carry out a survey of the main scholars of indigenous health and popular participation in Brazil, as well as the current normative framework. In order to answer the research problem, a brief historical review of the right to indigenous health in Brazil was promoted, approaching the main normative instruments that deal with the theme.

Subsequently, we sought to identify spaces destined for popular participation of indigenous communities within the scope of the SUS. Finally, it was concluded that the popular participation of indigenous communities was the result of numerous social movements that provided their inclusion in the Federal Constitution of 1988 as a way of promoting the Democratic State of Law. However, more recently, numerous obstacles and difficulties have been identified for the effective realization of popular participation of indigenous peoples in decision-making processes, since many collegiate bodies were extinguished by presidential decree, as well as the spaces destined for this purpose are few and have limited structure.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Indigenous communities, Right to health, Popular participation in the sus, Health unic system

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 inovou o ordenamento jurídico ao estabelecer um novo modelo de Estado, qual seja, o Estado Social e Democrático de Direito (art. 1º). Vale esclarecer que o Estado Democrático é aquele que permite efetiva participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão, sobretudo no que se refere a promoção de direitos sociais e fundamentais. Como ensinam Streck e Bolzan (2008, p. 106), no atual contexto do Estado Social e Democrático de Direito, a Constituição Federal estabelece uma série de diretrizes e programas a serem efetivados pelo Estado para a promoção e garantia de direitos sociais fundamentais, tal como ocorre com o Sistema Único de Saúde – SUS e o Subsistema de Saúde Indígena, objeto de nosso estudo.

No mesmo sentido, Paulo Bonavides (2008, p. 28) sustenta que é indispensável a garantia da participação popular em um Estado Democrático, visto que o seu fundamento é justamente a soberania popular. Portanto, é pressuposto do modelo de Estado que aqui temos tratado a garantia de direitos sociais fundamentais através de programas que permitam e estimulem a participação da sociedade no processo de formulação, execução e controle das políticas pública.

Não é por menos que a Lei nº 8.080/1990, ao dispor sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, estabeleceu, no inciso VIII do art. 7º, a garantia da participação popular nos processos de tomada de decisão como uma de suas diretrizes (BRASIL, 1990).

Por essa razão é de extrema importância o estudo da participação popular dos povos originários no âmbito das políticas públicas de saúde a eles direcionadas, especialmente pelo fato de que há muito foram excluídos da vida política e tiveram negados os seus direitos. Ademais, se faz necessário repensar o direito e buscar novas formas de inclusão dessas comunidades nos processos de decisão política, conforme afirma Antônio Carlos Wolkmer (2015, p. 43) é preciso pensar o direito de modo que "materialize o espaço pedagógico compartilhado de discussão e de construção da aplicabilidade de um Direito verdadeiramente justo".

Esse artigo está organizado em dois eixos: no primeiro é realizado apontamento sobre o SUS e do processo histórico do direito à saúde indígena no Brasil, a fim de compreender as principais questões que tratam da temática e, no eixo seguinte, reflete-se acerca da participação popular das comunidades indígenas no Sistema Único de Saúde.

Aplicou-se na pesquisa o método dedutivo e as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental.

2. APONTAMENTOS SOBRE O DIREITO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A conquista do direito à saúde, de modo universal e igualitário, no Brasil, é muito recente, tendo se consolidado somente com o advento da Constituição Federal de 1988, a qual estabelece, em seu art. 196, que "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" (BRASIL, 1988). Antes disso, predominavam os sistemas contributivos de saúde, dos quais apenas participavam aqueles que podiam arcar com os custos mensais de manutenção do programa, sobretudo trabalhadores devidamente registrados e que possuíam Carteira de Trabalho e Previdência Social (GRANJA et al., 2010, p. 3). Isso gerou inúmeros problemas à população brasileira, pois muitos não possuíam acesso ao sistema de saúde e dependiam das casas de caridade para obter alguma forma de tratamento quando enfermos.

Ademais, o sistema de saúde até então vigente se concentrava apenas em meios curativos, não haviam políticas públicas de caráter preventivo, educativo ou que proporcionasse maior bem estar à população (SILVA, 2016, p. 2). As bases deste modelo se fundamentava não compreendia o(a) usuário em sua integralidade, mas de forma fragmentada e atuava de forma desconectada de outras ações e serviços executados pelo Estado.

Assim, fruto de um contexto de luta social pela redemocratização após o regime militar de 1964-1985, o movimento da Reforma Sanitária que organizou a proposta de um Sistema Único de Saúde, universal e de responsabilidade do Estado que vem romper com a lógica até existente.

Na concepção de Mercadante *et al*. (2002, p. 246), o MSRB tinha como principais proposições:

> 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Esse modelo que será constitucionalizado em 1988 a partir da Constituinte da saúde que foi a VII Conferência Nacional de Saúde, reconheceu a saúde como um direito humano

fundamental, de caráter social e universal, amparado em instituição jurídica criada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, denominado "Sistema Único de Saúde".

Entende Aith (2007, p. 340) que o SUS é uma "instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil".

O texto da Constituição Federal de 1988 dispôs sobre o Sistema Único de Saúde nos seguintes termos:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Esse sistema é fundamentado na lógica da seguridade social e articula-se com outros sistemas e políticas públicas.

Conforme Paim (2010, p. 47) ele se constituí "uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público".

Para Weichert (2004, pp. 138-139), ao falar sobre a execução dos serviços prestados aos(às) usuários(as) do Sistema Único de Saúde, destaca que:

> De qualquer forma, todos os entes federativos têm o dever de atuar na prestação dos serviços públicos de saúde. Fez bem a Constituição em assim prescrever. Isso porque o campo das competências comuns é especialmente recomendável para satisfazer a demanda por serviços naquelas áreas mais carentes de prestações positivas do Estado. A saúde, em especial, foi privilegiada não só com a sua inclusão no rol das matérias de competência comum, mas também pela consagração da prestação dos serviços concernentes de forma ordenada e otimizada, através do Sistema Único de Saúde.

Cabe destacar que esses serviços privados contratados devem ser realizados e executados dentro da lógica e do planejamento que norteia o sistema público de saúde. Igualmente, a execução dos serviços e de responsabilidade do Estado e não do ente privado, o que configura uma ruptura com o modelo do seguro social, que era dominada pela lógica dos serviços privados.

No que diz as populações indígenas o cenário era mais grave, as quais apenas tinham acesso a algum tipo de serviço de saúde pública por intermédio de políticas assistenciais, as quais eram efetivadas pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e pela Funai de modo muito pontual e para casos extremos de combate a epidemias (GARNELO, 2014, p. 111-112). Isso é

alarmante, especialmente quando levamos em conta que os povos originários foram subjugados em um longo processo de colonização, ao longo do qual foram expulsos de suas terras e excluídos da vida política.

Apenas em 1974 é que surgiu um importante movimento com o objetivo de promover a pauta indígena, nascia o Movimento Indígena Brasileiro, liderado por indigenistas e representantes dos povos originários. Dentre as principais intenções do Movimento Indígena Brasileiro destacam-se: garantir a autonomia dos povos autóctones, tendo em vista que se viam ameaçados pelo regime militar vigente e apresentar residência aos processos de integração social e expansão agrícola. Desta forma, o movimento buscava garantir a sua identidade cultural (DANNE et al., 2020).

Vale lembrar que o período em questão foi muito turbulento para a política brasileira em decorrência do regime militar ainda vigente. Esse período também foi marcado pela mobilização popular pela redemocratização do Brasil, o qual ganhava força e apoio dos segmentos sociais. Dentre esses movimentos ressalta-se o já destacado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - MRSB, o qual foi fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde nos moldes que se tem hoje, ou seja, com caráter universal, igualitário e gratuito (VIEIRA, 2013, 320).

No mesmo período e aliado aos ideais de redemocratização, o Movimento Indígena Brasileiro iniciou um processo de mudança de paradigma, no sentido de compreender as comunidades indígenas como sujeitos de direitos, integrantes de uma nova cidadania, a qual deveria garantir o respeito à diversidade cultural e autonomia desses povos até então excluídos, em especial promover a inclusão por meio da participação política dos povos originários nos processos de toma de decisão. Tal movimento, posteriormente, permitiria a inclusão da Saúde Indígena como parte integrante do Sistema Único de Saúde.

Como muito bem menciona Evelina Dagnino (2004, p. 5), ao tratar dos aspectos que caracterizam a nova cidadania:

> Um segundo ponto, que retoma o direito a ter direitos, é que a nova cidadania, ao contrário da concepção liberal, não se vincula a uma estratégia das classes dominantes e do Estado para a incorporação política progressiva dos setores excluídos, com vistas a uma maior integração social, ou como condição jurídica e política indispensável à instalação do capitalismo. A nova cidadania requer (e até é pensada como sendo esse processo) a constituição de sujeitos sociais ativos, definindo o que eles consideram ser os seus direitos e lutando pelo seu reconhecimento. Nesse sentido, ela é uma estratégia dos não cidadãos, dos excluídos, uma cidadania "de baixo para cima".

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 passou a estabelecer, em seu artigo 231 que “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas,

crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens" (BRASIL, 1988).

Fato é que os movimentos sócias indígenas ganharam força política e, uma vez aliados ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, se mobilizaram fortemente para que a saúde indígena fosse incluída dentro do Sistema Único de Saúde ainda em construção.

Importante ressaltar, desde já, o importante papel desempenho pelos movimentos sociais para a concretização de políticas públicas, especialmente no que se refere aos povos originários e ao direito à saúde. Nesse sentido, mencionam Carla Costa Teixeira e Luiza Garnelo (2014, p. 9) que até a década de 1980 não existiam ações relevantes de cuidado e reconhecimento dos povos indígenas, de modo que se previa até mesmo o "[...] desaparecimento dos povos indígenas como segmentos culturalmente diferenciados".

Portanto, foi por intermédio das mobilizações sociais desencadeadas a partir da década de 1980 que se provocou a mudança de paradigma no que tange a defesa dos direitos das comunidades indígenas no Brasil, até então excluídas dos processos políticos e assistenciais, proporcionando a sua inclusão na pauta política. A saúde indígena deixa de ser um conjunto esparso de ações de assistência social e passa a integrar o Sistema Único de Saúde.

Conforme ensina a professora Luiza Garnelo (2004, p. 3-4), as políticas públicas de saúde, do modo como são atualmente direcionadas aos povos indígenas, tiveram origem a partir da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, cujo objeto foi elaborar uma política de atenção à saúde indígena, até então sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, e incorporá-la ao Sistema Único de Saúde.

A Lei nº 8080/1990 gerou conflitos de competência com a FUNAI, retirando de sua atribuição questões relacionadas à saúde indígena, que passaram a ser da competência do Ministério da Saúde (GARNELO. 2004, p. 6).

Posteriormente, a lei nº 9836/1999, também conhecida como lei Arouca, por sua vez, acrescentou dispositivos à lei nº 8080/1990 no sentido de incluir as políticas públicas de saúde indígena ao Sistema Único de Saúde, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 1999). Conforme menciona Luiza Garnelo (2004, p. 9), a lei nº 9836/1999 pacificou os dilemas envolvendo a responsabilidade pela saúde indígena, vez que outorgou ao Ministério da Saúde a incumbência de promover os cuidados sanitários aos povos originários, a ser desenvolvida por intermédio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena integrando do SUS.

Somente no ano de 2002 é que foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, por intermédio da Portaria nº 254/2002 do Ministério da Saúde, cujo objetivo é a "(...) organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002). A PNASPI integra a Política Nacional de Saúde.

Estabelece a PNASPI que:

> Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

Desta forma, o Ministério da Saúde passou a ser o responsável pela saúde indígena, de modo que iniciou o processo de elaboração das diretrizes que se consolidaram por meio de uma "rede territorializada de serviços de saúde, configuradas na forma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI" (GARNELO. 2004, p. 6).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI são órgãos descentralizados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, atuam próximo às comunidades indígenas, atendendo às questões sanitárias específicas de cada região, levando em conta suas peculiaridades etno-culturais e necessidades, a fim de proporcionar maior racionalidade na execução dos serviços de saúde.

Em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, vinculada ao Ministério da Saúde. A ela compete a coordenação e execução da PNASPI e a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi – SUS). Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2022), atualmente a SESAI atende mais de 755 mil indígenas no território nacional, contando com 14.600 especialistas em saúde.

Existem 34 Distritos Sanitários – DSEI, os quais integram a estrutura organizacional da SESAI. De acordo com as informações do Ministério da Saúde:

> No Brasil, há 34 (trinta e quatro) DSEI divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não

> obedecendo assim aos limites dos estados. Sua estrutura de atendimento conta com unidades básicas de saúde indígenas, polos base e as Casas de Apoio a Saúde Indígena (CASAI). (BRASIL, Ministério da Saúde, 2022)

Portanto, a saúde indígena integra o Sistema Único de Saúde, sendo da competência do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, a elaboração de diretrizes gerais e de programas nacionais que tratem da temática. Vinculados à SESAI encontram-se: o Departamento de Atenção à Saúde Indígena; o Departamento de Gestão da Saúde Indígena; o Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Cabe aos DSEI a execução e o acompanhamento das políticas públicas relacionadas à saúde indígena no âmbito regional e local.

3. PARTICIPAÇÃO POPULAR DAS COMUNIDADES INDÍGENAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 inaugurou o Estado Social e Democrático de Direito no cenário nacional, marcado pelo estabelecimento de direitos e garantias sociais fundamentais (art. 5º e seguintes) e por um novo sistema de participação popular, conhecido como cidadania participativa, por meio do qual, para além de eleger os representantes, passou a ser possível a participação direta nas tomada de decisão do poder público (BRASIL,1988).

Bonavides (2008, p. 33 e 35), discorre que democracia participativa de concretiza como um:

> [...] direito constitucional progressivo e vanguardeiro. É direito que veio para repolitizar a legitimidade e reconduzi-la às suas nascentes históricas, ou seja, àquele período em que foi bandeira de liberdade dos povos. [Neste novo contexto existe a] formação de uma teoria constitucional que nos aparta dos modelos representativos clássicos. Pertence à democracia participativa e faz do cidadão-povo a medula da legitimidade de todo o sistema. Acaba-se então a intermediação representativa, símbolo de tutela, sujeição e menoridade democrática do cidadão – meio povo, meio súdito.

Em relação ao modelo de democracia participativa, sustenta Carole Pateman (1992, p. 60) que há necessidade de integração dos indivíduos para que a sociedade possa desenvolver-se, razão pela qual é imprescindível a criação de espaços para o desenvolvimento da cidadania participativa, ou seja, locais em que se estimule o debate e a participação dos sujeitos que serão beneficiados pelas políticas públicas, tal como ocorre nos conselhos deliberativos com participação da comunidade.

Nesse sentido, menciona Vieira (2013, p. 30) que:

> Assim, ao abarcar a cidadania participativa exercida através de audiências públicas, planejamento e orçamentos públicos participativos, dos fóruns do Estatuto da Cidade e das Conferências e dos Conselhos de Direitos, o texto constitucional, além da cidadania moderna representativa, também inseriu-se em uma leitura pós-moderna da cidadania.

Portanto, verifica-se que a participação popular é um requisito indispensável nas democracias modernas, pois ela legitima as decisões políticas. Segundo Escorel e Moreira (2012, p. 853), a participação é o processo por meio do qual os indivíduos interagem entre si, de forma democrática, visando a deliberar acerca da tomada de decisões nos mais diversos âmbitos sociais (cultural, político, econômico e etc.).

Ademais, é fácil perceber que a participação popular está intimamente relacionada com o efetivo exercício da cidadania, entendida essa como capacidade/poder de influência do cidadão nas decisões políticas.

Por essa razão Evelina Dagnino (1994, p. 5) lesiona que os movimentos influentes no processo de redemocratização do Brasil buscaram um conceito de cidadania mais amplo, o qual vai além da cidadania representativa (aquela em que o cidadão apenas elege seus representantes), mas busca promover espaços para efetiva participação dos cidadão nas tomadas de decisão, sobretudo em relação às temáticas que afetam diretamente os interesses sociais, tal como ocorre com o direito à saúde das comunidades indígenas, objeto específico de nosso estudo.

De acordo com Reginaldo de Souza Vieira (2013, p. 29), a Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização do Estado brasileiro, garante a cidadania participativa, entendida como aquela que proporciona espaços para a efetiva participação popular. Ademais, esclarece que a forma participativa não exclui o modelo representativo tradicional, mas se constituiu em um mecanismo complementar, a fim de contribuir para o fortalecimento da democracia.

Aliás, como muito bem mencionam Reginaldo de Souza Vieira e Michel Belmiro Ilibio (2020, p. 82) “com o protagonismo dos movimentos sociais na constituinte, a promulgação da Constituição de 1988 consagrou a criação das instâncias de gestão participativa das políticas sociais”.

No mesmo sentido Paulo Bonavides (2008, p. 28) sustenta que, no modelo de Estado Democrático de Direito vigente, é necessário garantir espaços de participação popular, sob pena de esvaziar a legitimidade da Carta Constitucional, vez que esta estabelece como princípio fundante justamente a soberania popular.

Desta forma, observa-se que a Constituição Federal de 1988 trouxe dispositivos acerca da cidadania representativa, por meio da qual o cidadão pode eleger seus representantes ou até mesmo ser eleito (art. 14, *caput*), bem como elementos da cidadania participativa, por meio da qual o cidadão participa diretamente da tomada de decisão, é o caso, por exemplo, da possibilidade de iniciativa popular prevista no art. 14, inciso III, por meio da qual é possível que qualquer cidadão apresente projeto de lei, cumpridas as disposições legais, assim como a criação de espaços políticos deliberativos, em que o cidadão pode participar ativamente na tomada de decisão em relação às políticas públicas a serem implementadas, tal como ocorre com os conselhos deliberativos.

Outro importante instrumento no que se refere à participação popular é o controle social. Através dele os cidadãos podem verifica se as ações executadas pelo poder público estão em conformidade com as diretrizes estabelecidas, especialmente no que se refere às políticas públicas (ILIBIO e VIREIRA, 2020, p. 72).

Em sendo assim, verifica ser de suma importância o estudo da participação popular no âmbito do SUS, para então verificarmos em que medida há espaços que possibilitem/estimulem as comunidades indígenas a participarem dos processos de tome de decisão no que se refere às políticas públicas para a saúde indígena.

Pois bem, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, conforme referenciado estruturou o Sistema Único de Saúde, base em princípios e diretrizes norteadoras, centro os quais a participação popular, que nasce no processo de luta para a criação de um sistema público de saúde, democrático, participativo e universal.

No mesmo sentido, a lei 8.080/1990, que estabelece as diretrizes e condições do Sistema Único de Saúde, bem como a sua organização e funcionamento, expressamente prevê, em seu artigo 7º, a participação da comunidade como princípio a ser observado quando da realização das ações e serviços de saúde que integram o SUS (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, por sua vez, se constitui em um importante instrumento no que se refere a participação da comunidade na gestão do SUS, pois tem como objetivo principal organizar esta garantia Constitucional. Por meio dela, restou estabelecido que o controle social das políticas públicas em saúde se daria através das Conferências e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

Acerca desses importantes meio de controle social, Reginaldo de Souza Vieira e Michel Belmiro Ilibio (2020, p. 88) sustentam que:

> As Conferências e Conselhos de Saúde constituíram-se, ao longo dos últimos 30 anos, em canais estratégicos de reivindicação, formulação, controle e avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil, em todas as esferas de governo. Consolidando-se como mecanismos essencialmente democráticos, as Conferências e os Conselhos de Saúde, amparados pela legislação estabelecida desde sua conformação, ainda têm possibilitado para sociedade a manutenção de canais de participação institucional na definição e execução da política de saúde. Mesmo em tempos turbulentos, tais espaços têm contribuído para manter a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Especificamente acerca da participação das comunidades indígenas nos processos de decisão envolvendo as políticas públicas em saúde, Luíza Garnelo (2004, p. 4) menciona que, no início da década de 1990, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI com o importante papel de assessorar e subsidiar o Conselho Nacional de Saúde em questões que afetem a saúde indígena. A CISI é composta por representantes das comunidades indígenas, acadêmicos e profissionais da saúde indígena.

Além do mais, o art. 19-H da Lei nº 9.836/1999 assim estabelece:

> As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

Analisando-se a atual composição do Conselho Nacional de Saúde – CNS, verifica-se que este é composto por 48 conselheiros, os quais representam entidades e movimentos sociais de usuários do SUS; entidades nacionais de profissionais de saúde/comunidade científica na área da saúde; entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e das nacionais com atividades na área da saúde; e segmento do Governo Federal (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2022).

Dentre os integrantes atuais do CNS verificou-se que 3 estão relacionados à saúde indígena, pois representam as seguintes entidades: Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SINDCOPSI) (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2022).

Nesse contexto, é possível constatar que existe certa representatividade para os povos indígenas no tange às políticas públicas de saúde, pois dentre os integrantes do CNS, atualmente, participam as entidades: Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); e Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SINDCOPSI).

Importante mencionar que também há possibilidade de participação das comunidades indígenas em âmbito regional, através dos seus respectivos Distritos Sanitários – DSEI, onde poderão ser deliberadas questões de âmbito local e regional.

Além do mais, havia possibilidade de participação popular através de outros colegiados criados no âmbito do Ministério da Saúde. Contudo, recentemente, fora publicado o Decreto nº 9.759 de 2019, o qual "extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal" (BRASIL, 2019). Este decreto trouxe inúmeros entraves no que tange à participação popular nos processos de tomada de decisão do Poder Público, pois extinguiu deliberadamente todos os conselhos, comitês, comissões, dentre outros grupos criados por atos normativos "inferiores a decreto". Significa dizer que todos os colegiados que não foram instituídos por lei deixaram de existir sob o fundamento de corte orçamentário.

Ressalta-se que os integrantes dos referidos colegiados não são remunerados pela Administração Pública, quando muito são apenas indenizados pelo custo de passagens e diárias (o que é raro já que na atualidade a maioria das reuniões são realizadas por sistema de vídeo conferência). Logo, não se encontra fundamento racional para a extinção dos referidos colegiados a não ser colocar entraves à participação popular.

Assim, conclui-se que no momento de criação e implantação das políticas públicas em saúde direcionadas aos povos originários havia previsão de espaços para a participação dessas comunidades nos processos decisórios. Inclusive há membros representantes no âmbito do Conselho Nacional de Saúde – CNS, assim como fora criada a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI, cujo objetivo é justamente debater os principais temas que tocam a saúde indígena no país.

Entretanto, em decorrência do recente entendimento de um grupo político e por decisão unilateral do chefe do Poder Executivo, foram extintos diversos colegiados originalmente criados para proporcionar maior espaço de participação popular de grupos minoritários, dentre os quais aqueles pertencentes aos Movimentos Indígenas. Assim, constata-se que, embora ainda existam locais para a participação das comunidades indígenas em relação à promoção e o cuidado da saúde dos povos originários, tal como ocorre no âmbito do CNS e nas DSEIs, esses espaços tem sido cada vez mais limitados e os colegiados que anteriormente tinham sido criados estão se fechando no novo cenário político.

CONCLUSÃO

Ao longo do estudo foi possível identificar que a consolidação do direito à saúde foi resultante de um longo processo de movimentos sociais, os quais estavam aliados aos ideais da redemocratização do país. No que tange aos direitos dos povos indígenas, o Movimento Indígena Brasileiro foi um dos principais movimentos engajados para a inclusão de políticas públicas destinadas aos povos originários, tendo se constituído a partir de meados da década de 70.

A participação de representantes das comunidades indígenas e estudiosos da temática proporcionou a realização da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, na qual se deliberou acerca da inclusão da saúde indígena no âmbito do SUS. Nesse sentido a lei nº 9836/1999 trouxe importantes contribuições, pois instituiu o Subsistema de Saúde Indígena, estabelecendo de fato a saúde indígena como integrante do Sistema Único de Saúde.

Analisando-se os instrumentos normativos que tratam da saúde pública no Brasil, é possível identificar que o SUS sempre teve como uma de suas diretrizes garantir a participação popular na formulação das políticas públicas, tendo em vista que a participação social se constitui em requisito para o Estado Democrático de Direito. Ora, se o povo é dotado de soberania, não é possível admitir um Estado sem a participação do povo nas tomadas de decisão.

Não foi diferente em relação à participação das comunidades indígenas no âmbito do SUS. Ao longo de todo o processo histórico de consolidação das políticas públicas em saúde destinadas aos povos originários, diversos foram os espaços abertos para a participação dessas comunidades, exemplo disso é a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena; a garantia de representantes no Conselho Nacional de Saúde e nos Conselhos Estaduais e Municipais, quando for o caso; a formação da Secretaria de Atenção à Saúde Indígena; a criação de Distritos Sanitários em regiões próximas a comunidades indígenas, dentre outros.

Ocorre que, mais recentemente, identificou-se a imposição de inúmeros entraves que dificultam a participação dos povos originários nas tomadas de decisão, tal como a imposição do decreto nº 9.759 de 2019, que extinguiu todos os espaços colegiados que não tenham sido criados por lei.

Assim, conclui-se que o SUS, como idealizado inicialmente, previa a ampla participação da comunidade nos processos de tomada de decisão, inclusive em relação aos povos originários. Contudo, em decorrência de opções de um grupo político, a participação popular vem sofrendo ataques e cada vez mais reduzida. Não é possível a sobrevivência de uma democracia sem a participação popular, razão pela qual o que se vê é uma constante mitigação

da democracia participativa no que se refere às políticas públicas em saúde para as comunidades indígenas.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Qaurtier Latin, 2007.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa**: por um direito constitucional de luta e resistência; por uma nova hermenêutica; por uma repolitização da legitimidade. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/composicao-cns>. Acesso em: 01 Mar 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019.** Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9759.htm#art10>. Acesso em: 01 Mar 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 01 Mar 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 01 Mar 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1990**. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, dentre outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 01 Mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)**. Disponível em: < https://saudeindigena1.websiteseguro.com/coronavirus/dsei/>. Acesso em: 01 Mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 01 Mar 2022.

DANNER, Leno Francisco; DANNER, Fernando; DORRICO, Julie**.** Pacificando o branco: uma história da modernidade contada pelos indígenas. **Trans/Form/Ação.** 2022, v. 45. pp. 379-414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-3173.2022.v45esp.19.p379>. 28 Fev 2022.

DAGNINO, Evelina. **Anos 90 - Política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 853-884.

FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. In: _____ (Org.). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004**. Porto Velho: Cesir/UFRR, 2004. Disponível em: <http://www.cesir. unir.br/pdfs/doc9.pdf>. Acesso em: 21 Fev 2022.

GRANJA, Gabriela Ferreira et al. **Equidade do sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados**. 2010, p. 3-12. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1415.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

ILIBIO, M. B. ; VIEIRA, R. S. . **A participação social em saúde** [recurso eletrônico]: uma leitura a partir da democracia radical /. 1. ed. Criciúma-SC: EDIUNESC, 2020. v. 1. 196p – cap II. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/8605>. Acesso em: 03 Mar 2022.

MERCADANTE, Otávio Azevedo *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

PAIM, Jairnilson Silva. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. **Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper**. 2016, p. 2. Disponível em: <file:///C:/Users/marco/Downloads/12251-Texto%20do%20artigo-36237-1-10-20170608.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, José Luis Bolzan de. **Ciência política & teoria do Estado**. 6. ed., rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. **Saúde Indígena em perspectiva:** explorando suas matrizes históricas e ideológicas [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na república participativa:** pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde, 2013. 527 f. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Introdução ao Pensamento Jurídico Crítico**. 9ed. São Paulo: Saraiva, 2015

WOLKMER, Antonio Carlos. **Introdução ao pensamento jurídico crítico**. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Acadêmica, 1995.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Pluralismo jurídico**: fundamentos de uma nova cultura do direito. 2. ed. São Paulo: Alfa-Ômega, 1997.