

DIREITOS SOCIAIS E CIDADANIA: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS NA GARANTIA E NA EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.

SOCIAL RIGHTS AND CITIZENSHIP: CONTEMPORARY CHALLENGES IN THE GUARANTEE AND EFFECTIVENESS OF THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL.

Vandré Cabral Bezerra¹

Carlos Augusto Tolomelli Malaquias²

RESUMO: O presente trabalho se propõe a analisar e refletir a respeito dos percalços existentes entre o direito à saúde, previstos em nossa Carta Magna de 1988 e na Reforma Sanitária, bem como o próprio exercício da cidadania, percorrendo possíveis confrontos, em especial, com a associação de indicadores de desenvolvimento versus aumento de produção dos serviços de saúde. O artigo nos oferece uma intensa reflexão sobre as relações de forças, determinações e motivações da reforma da saúde e o desenvolvimento brasileiro, ajudando-nos a entender o distanciamento entre o ideal teórico e a prática da Reforma Sanitária. Foi realizada pesquisa bibliográfica, documental, com análise dos materiais de forma teórica, qualitativa e exploratória, com o emprego da abordagem dedutiva. O cuidado reside em aventar a possibilidade do exercício pleno da cidadania sem colocar em risco a garantia do direito à saúde. Diante desta análise foi elaborada a indagação central proposta neste trabalho, dando aos leitores uma direção para arguições acerca do tema.

ABSTRACT: The present paper proposes to analyze and reflect on the existing mishaps between the right to health, foreseen in our Constitution of 1988 and in the Sanitary Reform, as well as the exercise of citizenship itself, covering possible confrontations, in particular, with the association of development indicators versus increased production of health services. The article offers us an intense reflection on the relations of forces, determinations and motivations of health reform and Brazilian development, helping us to understand the distance between the theoretical ideal and the practice of Health Reform. Bibliographic and documentary research was carried out, with analysis of the materials in a theoretical, qualitative and exploratory way, using the deductive approach. The care lies in raising the possibility of the full exercise of citizenship without jeopardizing the guarantee of the right to health. In view of this analysis, the central question proposed in this work was elaborated, giving readers a direction for arguments about the theme.

¹ Mestrando em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília – UNISANTA. Contato: Universidade Santa Cecília - UNISANTA

² Mestrando em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas na Universidade Santa Cecília – UNISANTA; Pós-Graduado em Direito Público pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas; Graduado em Direito na Escola Superior de Administração, Marketing e Comunicação – ESAMC Santos; Assessor Jurídico de Unidade Militar do Exército Brasileiro. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7431541921242643>. Contato: malaquias@unisanta.br.

Palavras-Chave: Saúde. Desenvolvimento. Cidadania. Direitos Humanos. Reforma Sanitária.

Keywords: Health. Development. Citizenship. Human Rights. Health Reform.

DATA DE RECEBIMENTO: 28/09/2020

DATA DE APROVAÇÃO: 16/12/2022

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária surgiu no contexto da luta contra o autoritarismo militar da década de 1970. O termo foi usado para mencionar o conjunto de conceitos e opiniões que se tinha em relação às mudanças e modificações indispensáveis na área da saúde. Tais mudanças não compreendiam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, à procura da melhora das condições de vida da população.

Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública fizeram estudos e os uniram às discussões políticas. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o marco institucional deste processo, lançando as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único de saúde. Tornou-se, portanto, um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS), debatendo três temas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos políticos que se dedicou à causa.

O desenvolvimento do movimento sanitário, aparelhado desde a década de 1970, foi decisivo para a ampla discussão desses temas. Enquanto o país transitava para o processo de redemocratização, o movimento ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento, criando órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979.

As propostas da Reforma Sanitária derivaram na universalidade do direito à saúde, consolidado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS

A constituição federal de 1988 é considerada referência na evolução democrática nacional. Fruto de uma Assembleia Nacional Constituinte, sua elaboração é marcada pela diversidade nos atores sociais participantes em sua construção. Como resultado desta pluralidade temos, em nossa Carta Magna, direitos que antes não eram assegurados em textos constitucionais tomando papel de destaque no ordenamento jurídico pátrio, como no presente estudo podemos destacar o direito à saúde.

Nesta senda, destaca-se do texto constitucional a garantia aos direitos fundamentais, previstos no Título II de nossa Carta Magna. Como nos ensina BOBBIO (1992), Estes por sua vez são divididos em direitos fundamentais de primeira geração, que são os direitos negativos, individuais como direito a vida, à igualdade perante a Lei, entre outros; direitos fundamentais de segunda geração que são os direitos que se identificam com as liberdades positivas, reais ou concretas, como os direitos sociais, econômicos e culturais, e ainda, os direitos fundamentais de terceira geração os direitos difusos como o direito ambiental.

Assim podemos destacar entre as características dos direitos fundamentais a vinculação dos poderes públicos, que conforme disserta MENDES (2002), *“os direitos fundamentais qualificam-se, juridicamente, como obrigações do Estado”*, ou seja, é um dever do Estado garantir a plenitude dos direitos fundamentais.

Desta forma não devemos classificar os direitos fundamentais como normas matrizes de novas legislações, mas sim como limitadores do poder político, uma vez que estes racionalizam a atuação do Estado, assumindo função de norma reguladora nas relações jurídicas, protegendo e garantindo as liberdades e direitos dos cidadãos.

Destarte isto, impende destacar que, a Constituição Federal de 1988 foi a primeira das constituições brasileiras a garantir, entre outros direitos sociais, o direito à saúde como um direito fundamental, previsto no artigo 6º.

Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Parágrafo único. (BRASIL, 2021) (grifo nosso).

Conforme será exposto a seguir, o texto constitucional trouxe em seu corpo a disposição dos contornos da seguridade social englobando as ações que se destinam a assegurar o direito à saúde, financiadas pela sociedade de forma direta ou indireta.

O que demonstra a preocupação da constituinte em definir um arcabouço jurídico capaz de promover de forma imediata o direito à saúde, minimizando os pontos a serem tratados por meio de legislações infraconstitucionais.

2 SAÚDE COMO UM DIREITO UNIVERSAL

A inserção da saúde na Carta Magna de 1988 transformou-a em um direito de todos, a ser garantido pelo Estado por intermédio de ações de políticas públicas. São instrumentos que anteveem, como encargo do Estado, asseverar o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde. Evidenciam-se como pilares constitucionais dessa política os artigos a seguir:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador (BRASIL, 2021).

A saúde, ainda, foi conceituada de forma mais abrangente, acrescentando aos seus principais determinantes a universalidade, a integralidade e a equidade, ou seja, os princípios que o sistema nacional de saúde deveria possuir. A universalidade e a equidade da saúde foram propostas políticas dos movimentos de cunho social que nasceram nas décadas de 1970 e 1980, cuja proposta era abordar a saúde como

direito humano, acessível a todos, escolhendo a forma de financiamento do sistema. Nos termos revelados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, isso seria possível apenas em uma sociedade democrática e cidadã.

A obra “Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania”, da autora Amélia Cohn (2013), resgata os ideais de Reforma Sanitária como um processo de transformação da vida social, e não apenas em mecanismos de gestão e organização da prestação de serviços de saúde. Nas palavras de COHN (2013), a Reforma Sanitária foi constituinte de um projeto de reforma social, e não apenas uma mera política social ou de saúde. Reforça-se as ideias já aventadas no século passado, por Singer *et al.* (1981), da qual a saúde não é passível de ter sua eficiência medida a partir do mero volume de produção de serviços, assim como o combate à violência. Entretanto, é identificado que, no caso brasileiro, existe uma grande mobilização de capital e de tecnologia e conseqüentemente de acumulação de capital na produção de serviços de saúde. Faz-se necessário repensar no atual cenário capitalista, esta articulação entre saúde e desenvolvimento.

3 PROBLEMAS CONTEMPORÂNEOS DA SAÚDE

Divide-se a análise deste tema em dois períodos: da promulgação da Constituição da República (1988) à criação do SUS; e os avanços na área da saúde, mas também os problemas que marcam hoje o setor e que tendem a distanciá-lo de um projeto de desenvolvimento, ou seja, da saúde como direito de todos como um fator de desenvolvimento do País.

No segundo momento, é analisado o processo de articulação entre saúde e desenvolvimento, o qual sugere enfrentar a questão decisiva de se retirar das forças do mercado a determinação exclusiva da expansão econômica e da gestão da força de trabalho, que retoma os princípios basilares da seguridade social, com raízes históricas no Plano *Beveridge*³ e inscritos na Carta Magna de 1988, a saber: da

³ O Plano *Beveridge* de Seguridade Social, inscrito no Relatório sobre Seguro Social e Serviços Afins, constituiu um dos pilares do *Welfare State*, e representou a recomposição e reorganização de medidas

equidade, da universalidade e da integralidade da atenção à saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua condição no mercado.

Convém também ressaltar que a primeira forma de seguridade social, no Brasil, foi em 1543, a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, que abarcava a pensão para os empregados e os das ordens religiosas que mantinham hospitais, asilos, orfanatos e casas de amparo a seus associados e desvalidos. Mas foi com a Lei Eloy Chaves (1923) que tivemos o marco da seguridade social no Brasil, com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, cujo objetivo era de amparar os ferroviários contra riscos sociais, doença, velhice, invalidez e morte.

A Constituição de 1988 lançou as bases para uma expressiva alteração da intervenção social do Estado, alargando o arco dos direitos sociais e o campo da proteção social sob responsabilidade estatal. Com a Constituição Federal de 1988, criou-se um novo sistema de proteção social, no qual a seguridade social passou a ser organizada sob nova égide: ampliação dos direitos sociais e dos serviços não contributivos, possibilidade e universalização do acesso a esses serviços.

Sob inspiração do *Welfare State*⁴, a Constituição de 1988 trouxe um capítulo dedicado à Seguridade Social, constituída pelo tripé: previdência social, saúde e assistência social.

Para exame de um fenômeno complexo como este que está ocorrendo (a contínua concentração de riqueza em nossa sociedade), COHN (2013) fundamenta a sua análise na relação existente entre os parceiros incontestáveis: crescimento econômico e pobreza (ou desigualdade), em que pesem aqueles programas recentes de transferência de renda e a política de aumento do salário-mínimo da última década.

A autora também analisa, amparada às ideias do economista Celso Furtado, que nas décadas de 1950 e 1960, a compreensão de desenvolvimento considerava crescimento econômico, diversificação do parque industrial, integração dos distintos

de proteção social existentes na Grã-Bretanha dos anos 1940, como também incluía novas ações e auxílios que estavam direcionados para a consolidação, ampliação e uniformização de benefícios. Vide <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35579>.

⁴ Ou Estado de Bem-Estar Social: é uma forma de organização política e econômica que posiciona o governo como um agente assistencial. Ou seja: o Estado se torna responsável por promover o bem-estar social e econômico da população, garantindo educação, saúde, habitação, renda e seguridade social aos cidadãos. Foi implantado nos países capitalistas avançados europeus do hemisfério norte, no período de reconstrução econômica do pós-guerra, como instrumento econômico de desenvolvimento e garantia de consumo por parte da população, e como defesa do capitalismo contra o retorno do nazifascismo e da revolução comunista.

setores da economia, inclusão no mercado de trabalho da massa de trabalhadores, educação, saúde e cultura, a qual envolvia as várias dimensões da vida social.

Entretanto, essa concepção estaria contida, agora, nos limites estreitos não mais da dicotomia antes dominante de investimento econômico contra investimento social por parte do Estado, mas de investimentos econômicos de um lado, incluindo o setor de produção de commodities, e gastos sociais de outro, citando como exemplo a proposta da reforma do sistema previdenciário brasileiro, o qual privatizaria a Previdência Social em instituições privadas de previdência complementar, competindo no mercado interno, como o modelo chileno.

Aqui surge uma indagação sobre o entendimento dos recursos destinados à Previdência Social: Saúde e Assistência Social, por serem políticas não contributivas, constituiriam segmentos de gastos para o Estado ou de investimentos do Estado? Diante deste entendimento é que teremos um melhor desfecho (ou não) sobre a canalização destes recursos para a ampliação da rede de serviços na área da saúde, entretanto a preocupação do acesso dos usuários a estes serviços parece não ter a mesma importância, além de não se preocuparem com a eficácia social nessa relação SUS/usuários da perspectiva da construção da cidadania e da democracia social.

Vale dizer que COHN (2013) informa que muito se sabe sobre cobertura dos serviços de saúde, traduzida em indicadores, mas pouco é conhecido se esse acesso se traduz somente na satisfação de acesso a um bem de consumo, ou se vem criando a identidade e a individualidade de sujeitos sociais enquanto portadores de direitos.

É importante analisar o olhar sobre a satisfação dos usuários na atenção à saúde, conforme medida, pois esta pode, ao contrário das diretrizes do SUS, estar reforçando a face da saúde como mero consumo de um bem essencial, e não como um direito a ser preservado.

Percebe-se também que a organização das relações sociais de produção mantém-se inalterada, em prol da classe burguesa que controla o Estado para seus próprios negócios. Entender essa organização da sociedade brasileira é essencial para análise do processo das reformas no âmbito da Saúde do país.

Ao se articular saúde e desenvolvimento, reforçando a eficácia social desses serviços, as políticas de saúde passam a ser concebidas não mais como um mero fator de compensação das desigualdades geradas pelo mercado, mas como fator inerente ao desenvolvimento da sociedade, distanciando-se, assim do dilema de ser

a saúde uma consequência do desenvolvimento econômico, para ser a saúde um fator de desenvolvimento social e econômico. É enfatizado pela autora que a questão do desenvolvimento da saúde atrelado ao desenvolvimento do Brasil contempla a produção material de um bem imaterial (a saúde, preenchida de aspectos sociais a ela atribuídos que vão muito além da presença ou ausência de doenças / enfermidades).

Um outro apontamento precisa ser levado em apreço, quando se trata das relações entre políticas econômicas e sociais: enquanto aquelas referem-se cada vez mais ao mundo globalizado, dando ao Estado Nacional menor autonomia na sua definição e implementação; estas continuam a se referir primordialmente ao Estado Nacional, que sofre as sujeições macroeconômicas da economia global.

Como consequência, tomando por base a diferente realidade dos sistemas de saúde dos vários países da América Latina (ex. Chile e México), quando observado o caso brasileiro, a reforma da saúde contou com uma infraestrutura de saúde já privatizada, com um subsistema de saúde privado altamente sofisticado e de alta concentração de capital, financiado e estruturado historicamente pela política de Previdência Social.

Tratou-se então de implantar o SUS na contramão das tendências mundiais de reformas da saúde, mesmo em uma situação de restrição do Estado de Bem-Estar Social dos países europeus, sem, no entanto, o enfrentamento das questões primordiais para que os avanços da reforma se consolidassem e se tornassem menos vulneráveis às forças do mercado.

A atenção aqui é chamada para as dificuldades de sustentação política de um projeto de reforma, considerando a dificuldade de organização dos setores sociais em bases e instituições fortes e perenes e ausência de consciência sanitária. Essa reforma não se acaba com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as conquistas do próprio SUS não podem secundarizar outros elementos da totalidade de mudanças.

4 O PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

O processo da Reforma Sanitária brasileira é analisado a partir das ações, omissões, colisões, transações, conquistas e atrasos dos governos do pós-constituinte e sua relação com o movimento sanitário. Embora os preceitos da reforma sanitária brasileira tratassem de implantar um sistema público estatal de saúde, tendo como coadjuvante o setor privado não lucrativo, considerado parceiro preferencial do SUS, o que realmente ocorreu foi o inverso: partindo-se de uma infraestrutura privada e mal distribuída de serviços de saúde (principalmente no segmento de mais alta complexidade), o que se verificou foi a incapacidade do Estado de regular o subsistema privado da saúde a favor do SUS, ocorrendo uma aceleração da acumulação e da concentração do capital privado no interior desse subsistema.

Enquanto nos países latino-americanos a tendência é de expansão de um seguro universal básico para a população, no Brasil, o que ocorre é algo condizente com a sofisticação desse subsistema privado da saúde: a popularização do mercado privado para os seguros de saúde. A reversão deste cenário passa pela capacitação do Estado a regular o sistema de saúde (subsistemas público e privado da saúde), mesmo com o seu histórico de baixa capacidade de regulação.

COHN (2013) destaca que a criação das Agências de Regulação na década de 1990 significou o enfrentamento da questão da regulação estatal do subsistema privado da saúde, além das telecomunicações e do petróleo, mas enfatiza que a ANS vem se mostrando incapaz de regular as provedoras de planos e seguros de saúde e as prestadoras de serviços de saúde sob a ótica dos princípios e diretrizes do SUS, prevalecendo os interesses desses segmentos do mercado em detrimento dos interesses do consumidor.

Neste cenário, houve uma intensificação da captura das agências reguladoras pelos interesses privados, dando como exemplo a expansão dos “*planos outlet*” (expansão do mercado de planos e seguros de saúde para as classes C e D, com planos populares de saúde).

Convém lembrar que no Governo Fernando Henrique Cardoso há uma intensificação do cronograma neoliberal, com os programas de ajuste macroeconômico e a reforma do aparelho do Estado. Esse cenário conduziu ao

sucateamento da máquina pública, aumento da miséria e das desigualdades sociais, com forte repercussão na área de saúde.

Destarte isto percebemos que, estamos diante de um Estado que não consegue atuar como provedor, tampouco como produtor ou como regulador, além de atuar aceleradamente num processo de despolitização da saúde no País. Complementa que, do ponto de vista do SUS, isso se traduz em uma tendência à crescente tecnificação na forma de implementação das políticas e programas de saúde, verificando que as políticas de saúde vêm sendo cada vez mais orientadas pela racionalidade do custo/efetividade.

Assim, a preocupação com pesquisas de satisfação do usuário ganha importância no cenário da saúde pública, o que acentua a compreensão por parte do Estado da saúde como um bem de consumo dos serviços públicos, estatais e não estatais. Isto posto, torna-se tendência novas configurações do setor filantrópico prestador de serviços de saúde e novas formas de gestão dos equipamentos públicos estatais (OS e OSCIPs⁵), “terceirizando” a gestão dos equipamentos públicos estatais do SUS via contratos de gestão, que vinculam as metas aos recursos a serem repassados para essas entidades privadas de direito público.

Diante deste novo fenômeno da saúde no país, intensifica-se a dificuldade de se definir, hoje, quais são as instituições de saúde públicas e quais as privadas, estas diferenciadas entre lucrativas e não lucrativas (uma nova privatização da saúde, agora velada, com profundas consequências e impactos sobre a construção da lógica da saúde como um direito).

Ressalta-se que um sistema de saúde ideal, capaz de atender as necessidades de saúde de uma população, no geral, é figurado como um triângulo equilátero (a base com a atenção básica, mais ampla, e porta de entrada da população ao sistema de saúde; o nível intermediário correspondendo a equipamentos de média complexidade; e o ápice a equipamentos de alta e altíssima complexidade).

Entretanto, o que se identificou no país foi que essa sugestão de edificação de um sistema de saúde tendo como porta de entrada a atenção básica encarou a

⁵ As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) são entidades privadas sem fins lucrativos, criadas por particulares - com ou sem a autorização da Administração Pública, a fim de exercerem atividade de interesse social. Vide: <https://jus.com.br/artigos/47711/diferencas-entre-organizacoes-sociais-os-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-oscip>.

existência de um sistema de saúde muito privatizado, na qual o triângulo encontrava-se de cabeça pra baixo, dado que o modelo de atenção à saúde vigente era essencialmente hospitalocêntrico.

Diante do exposto, tem-se hoje que a aposta em uma política nacional de saúde pautada pela Atenção Básica como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro, sobretudo o público estatal, confronta-se com a falta de investimento, a partir dos anos 1990, no setor hospitalar de referência a essas unidades básicas de saúde, de níveis secundário e terciário.

Aqui é apontado que a Reforma Sanitária brasileira se constituiu em “promessa não cumprida”, criticando também o movimento da reforma que se direcionou para o SUS, limitando-se em questões de financiamento, organização e gestão.

Logo, faz-se necessária a retomada das diretrizes e princípios do SUS em um novo eixo conflitante de relações: saúde como processo de acumulação e reprodução do capital; saúde e desenvolvimento científico e tecnológico; saúde e democratização do seu acesso como direito.

COHN (2013) nos indaga sobre uma possível reforma da reforma sanitária brasileira, pois as atuais formas de acumulação de capital exigem que pensamos em novas formas de articulação entre capitalismo e saúde, levando em consideração seus determinantes sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história, é possível observar que as leis naturais por diversas vezes são colocadas em pauta, como evidenciamos nos ensinamentos do filósofo Immanuel Kant, que em sua obra escrita em 1784 propunha o seguinte:

[...] pode-se considerar a história da espécie humana, em seu conjunto, como a realização de um plano oculto da natureza para estabelecer uma constituição política (*Staatsverfassung*) perfeita interiormente e, quanto a este fim, também exteriormente perfeita, como o único estado no qual a natureza pode desenvolver plenamente, na humanidade, todas as suas disposições (KANT, 2003, p. 17).

Assim, é preciso recuperar a dimensão política das reformas sociais, e de saúde, atribuindo maior peso e importância à economia política desta.

O texto nos propicia uma profunda reflexão sobre as relações de forças, determinações e motivações da reforma da saúde e o desenvolvimento brasileiro, ajudando-nos a entender o distanciamento entre o ideal teórico e a prática da Reforma Sanitária.

A Constituição Federal, em seu artigo 196, preceitua que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo as políticas sociais e econômicas perseguirem a redução do risco de doenças e outros agravos, garantindo que a saúde seja tratada como bem público, impedindo qualquer interpretação legislativa que destoe desta acepção.

Embora a articulação entre o direito à saúde e a cidadania se apresente, até então, como um processo “distante” de acontecer, evidenciamos a partir do presente estudo que esse processo de reforma social não se exauriu.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br>. Acesso em 20/09/2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 24/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Oitava Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em 24/09/2022.

COHN. A Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania. *In*: COHN, A. (Org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento. Rio de Janeiro: Editora Papers, 2013.

KANT, Immanuel. **Ideia de uma história universal de um ponto de vista cosmopolita**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MENDES, Gilmar F. et al. **Hermenêutica constitucional e direitos fundamentais**. 1. ed. 2. tir. Brasília: Brasília Jurídica, 2002.

SINGER, P; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar**: o controle social dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.