

Direito à Saúde, Assistência Médico-Hospitalar e Mercado

Right to Health, Medical and Hospital Assistance and Market

GABRIELLE JACOBI KOLLING¹

Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil, Universidade São Francisco, São Paulo Brasil.

JOEDSON DELGADO²

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

RESUMO: O direito à saúde está intimamente vinculado à função social do setor de assistência médico-hospitalar e à problematização entre a efetividade desse direito à funcionalização da atividade empresarial, enquanto corresponsável pelo desenvolvimento social. Para atingir o objetivo de conduzir a função social da empresa ao âmbito hospitalar, parte-se do reconhecimento do outro e da atividade hospitalar como essenciais para alcançar a efetivação do direito à saúde que deve ser propiciado conjuntamente pelo Estado e pela sociedade. Utilizando-se da metodologia hipotético-dedutiva, este artigo analisa o papel do mercado de assistência à saúde na prestação desse serviço de maneira humanizada e na realização de uma gestão especializada.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde; função social; desenvolvimento da comunidade; mercado.

ABSTRACT: The right to health is closely linked to the social function of the medical-hospital care sector and to the problematization between the effectiveness of this right to the functionalization of business activity, as a co-responsibility for social development. In order to achieve the goal of conducting the social function of the company to the hospital environment, the recognition of the other and the hospital activity are essential to achieve the realization of the right to health that must be provided jointly by the State and by society. Using the hypothetic-deductive methodology, this article analyzes the role of the health care market in the provision of this service in a humanized manner and in the performance of specialized management.

KEYWORDS: Right to health; social role; community development; market.

SUMÁRIO: Introdução; 1 Contextualização da função social da empresa; 2 O direito à saúde e a necessária relação com o desenvolvimento social; 3 A relação entre a atividade hospitalar e o reconhecimento do outro; 4 Gestão da atividade hospitalar e a humanização da eficácia do direito à saúde; 5 A função social do setor de assistência médico-hospitalar; Conclusão; Referências.

1 Orcid: <<http://orcid.org/0000-0003-2225-555X>>.

2 Orcid: <<http://orcid.org/0000-0002-0968-2058>>.

INTRODUÇÃO

A relação entre função social e direito à saúde nasceu a partir da análise e identificação da possibilidade de enquadramento do conceito de função social da empresa à atividade hospitalar, diante do direito fundamental à saúde, que deve ser garantido, em conjunto, pelo Estado e sociedade. Para a consecução deste objetivo inicial, busca-se investigar a função social do setor de assistência à saúde, a exemplo de hospitais e estabelecimentos privados em saúde, enquanto ente auxiliar na concretização do direito à saúde, por intermédio de sua gestão humanizada, no intuito de viabilizar a efetivação deste direito fundamental.

A consideração do instituto da função social como um conceito moderno e decorrente da teoria do direito civil constitucionalizado justifica o início da análise, tendo em vista a inquietação com os efeitos causados pela prática de atividades realizadas a partir do interesse individual. A preocupação com a ponderação dos interesses sociais e individuais aprofunda a pesquisa, explicando, dessa maneira, a preocupação com o desenvolvimento social.

Por conseguinte, a responsabilidade social da empresa também merece destaque, visto os inúmeros equívocos e confusões existentes entre este gênero do instituto da funcionalização da atividade hospitalar. Interessante refletir que a preocupação com as gerações futuras causa grande comoção e merece respeito por parte de todos, incluindo o Estado, por intermédio da conscientização das atitudes realizadas no agora e seus efeitos.

No processo histórico do setor de assistência médico-hospitalar, combinou-se ao gradativo abrandamento da rede pública de saúde uma política racionalizadora fundada na seletividade da atenção, contribuindo, de forma direta e indireta, para a instalação e expansão da rede privada.

Com isso, surgem novos modelos de gestão da atividade hospitalar pela concessão da prestação dos serviços assistenciais dirigida para os “entes privados”, “públicos não estatais” regidos pelo direito privado, que traz em seu bojo a “parceira público-privado”. Observa-se o imperativo de efetivação do direito fundamental à saúde dos cidadãos a partir de ações conjuntas entre Estado e sociedade, incluindo a atividade empresarial, considerando sua importância e responsabilidade para o incremento da coletividade.

É importante assinalar que o desenvolvimento de uma gestão capaz de suprir as necessidades do setor de assistência à saúde é basilar para o incremento da atividade, tendo em vista a precariedade em relação aos meios de administração dos recursos, diante das eminentes necessidades

dos clientes/pacientes e o constante desenvolvimento tecnológico. Não sendo mais capaz de suprir todas as demandas por necessidade de efetivação, o Estado tem se deparado com as demandas acerca da chamada judicialização da saúde, a qual tem causado grande preocupação, tendo em vista as inúmeras reivindicações pela concretização do direito à saúde, por se tratar do mínimo existencial.

Pensar na necessidade de prestação de um serviço conjunto entre Estado e empresa, para alcançar a garantia do desenvolvimento social, quando se fala no direito à saúde, é primordial para compreender os caminhos percorridos até então, bem como aqueles muitos que ainda precisam ser cursados, suficiente para satisfazer a garantia fundamental de integralidade à saúde. Por essa razão, o setor de assistência à saúde deve reconhecer o outro como fundamental para a concretização do direito à saúde e, assim, possa identificar os motivos pelo qual a luta pelo reconhecimento de direitos tem se mostrado tão efetiva e amplamente alastrada entre os indivíduos. E esse reconhecimento do outro e a atividade hospitalar que aprofunda a análise, quando se necessita do outro indivíduo para ver seu direito garantido, e este, de forma humanizada e eficaz, auxilia-o na efetivação do direito à saúde, comprometendo-se assim com o desenvolvimento do todo.

Em relação ao reconhecimento do outro, é oportuno resgatarmos algumas observações de Nancy Fraser (2003). A autora faz uma análise crítica do multiculturalismo, que, conforme ela, desprezou o aspecto econômico em proveito do cultural. Introduce a questão da redistribuição com estatuto diferenciado em relação ao reconhecimento, defendendo que ambos são uma questão de justiça, ou seja, não poder ser minimizados e equiparados à questão psicológica de autorreconhecimento ou de estima social. Para a discussão do direito à saúde e sua concretização, é crucial o reconhecimento do outro pautado na justiça e na alteridade: colocar-se no lugar do outro é, também, exercer fraternidade. A autora utiliza, em sua definição, a possibilidade de reconhecimento sem autorreconhecimento, apoiando sua tese unicamente na questão de justiça. Justiça, no contexto da saúde, implica, ainda, equidade e acessibilidade.

O caráter prestacional do direito à saúde é observado com cautela quando rebatido pelo argumento da reserva do possível, comumente realizada pelo Estado, a qual prescinde de nítida comprovação acerca da impossibilidade do cumprimento das condições mínimas de proteção e prestação do direito à saúde, incluindo, nesta situação, as decisões judiciais a respeito do dever do Estado de efetivá-lo.

Como objetivo geral, identificar a abrangência do conceito e aplicação do instituto da função social no setor do setor de assistência médico-hospitalar, diante da concepção do direito à saúde e sua humanização. Nesse particular, faz-se necessário uma análise hipotético-dedutiva com revisões bibliográficas acerca da função social da empresa, adentrando-se no estudo do referencial teórico de perspectivas históricas e fundamentais para o desenvolvimento.

O texto organiza-se, primeiramente, com a construção do instituto da função social da empresa. Em seguida, estabelece-se a problematização do direito à saúde como garantia constitucional e a necessidade de sua concretização para o desenvolvimento social, da gestão da atividade hospitalar e a humanização da eficácia e, mais à frente, será apresentado o direito à saúde propriamente dita. Por fim, serão tratadas as finalidades da função social do setor de assistência médico-hospitalar.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DA EMPRESA

O estudo acerca da função social da empresa traz inúmeros questionamentos e, inclusive, algumas contradições acerca do seu conceito e sua abrangência. Nesse sentido, vislumbra-se que a responsabilidade social da empresa é um dos fundamentos que compõem o instituto da função social da atividade empresarial (Franco, 2015, p. 227).

A função social adentrou no ordenamento jurídico pátrio como essencial para o desenvolvimento da sociedade, voltado para o crescimento quantificado e qualificado, bem como implementando o caráter desenvolvimentista das relações interindividuais (Mamede, 2016, p. 159). Pensar a funcionalização da empresa a partir da função social traz a necessidade da empresa auxiliar para o desenvolvimento social, mediante o reconhecimento dos direitos dos indivíduos e a ampliação do consumo; é necessário, assim, que se faça de maneira consciente e sustentável.

A identificação e a efetivação da função social da empresa devem preocupar com a coletividade e garantir o interesse da sociedade pela efetivação da saúde, mesmo diante de um mercado competitivo³. Parte-se do exame dos objetivos da empresa, cujo cumprimento requer que sejam bus-

3 “Art. 154. O administrador deve exercer as atribuições que a lei e o estatuto lhe conferem para lograr os fins e no interesse da companhia, satisfeitas as exigências do bem público e da função social da empresa.” (Brasil, 1976)

cados com eficiência seus objetivos econômicos e com reflexos do alcance das metas para a garantia de bons resultados na esfera empresarial.

Identificar a efetivação do direito à saúde, prestado pelo Estado e pela empresa, por intermédio da análise da gestão e humanização da atividade hospitalar, também são essenciais para se alcançar e propor a concepção da função social do setor de assistência médico-hospitalar (Salu, 2013, p. 226). A humanização é vislumbrada a partir da identificação da outra pessoa que precisa do acolhimento e atendimento para aliviar sua dor física e/ou psíquica e, diante da importância da atividade empresarial na sociedade, esta se torna corresponsável pela efetivação do direito à saúde dos indivíduos, por intermédio de seus objetivos e relevância da visão humanizada que deve exercer.

Admite-se o desenvolvimento da pesquisa científica justamente em razão da relevância jurídica e social que a funcionalização da atividade hospitalar possui, pois, a partir dela, é possível efetivar o direito fundamental à saúde, por meio do cumprimento de seus objetivos empresariais, porém deve respeitar os interesses sociais. O equilíbrio desses interesses deve ser considerado para que se alcance uma maior abrangência que, a partir de uma visão social, a situação apresentada ultrapasse os interesses subjetivos do indivíduo, afinal, “a sociedade cobra que os mercados de assistência à saúde possam lhe prestar um atendimento médico-hospitalar de boa qualidade sem que seja necessário esperar meses por esse atendimento” (Ferreira, 2016, p. 14).

Diante de uma visão jusnaturalista, a função social da propriedade era identificada como um meio de efetivação da justiça divina, conceito esse que sofreu alterações somente no século 19, com a proliferação do pensamento liberal, o qual garantiu que a funcionalização social da propriedade era consequência da liberdade e inteligência humanas (Ramos; Gramstrup, 2016, p. 98-99). Posteriormente, ganhou relevância a relativização dos direitos subjetivos, passando-se a preponderar os interesses coletivos sobre os individuais, o qual garantiu uma maior preocupação com os efeitos ocasionados por qualquer negócio jurídico realizado, garantindo-se uma efetivação social destes.

Carvalho Neto e Passareli (2016, p. 178) comentam que o instituto da função social é uma nova forma de observar a sociedade por meio da funcionalização, a qual deixa de preocupar-se apenas com o indivíduo, passando a preponderar mais os interesses coletivos e o desenvolvimento sustentável. De modo geral, o problema atual está em proteger os direitos do

homem e não apenas justificá-los, justamente em razão da criação da função social, na qualidade de garantidora da diminuição das desigualdades, erradicando, assim, os abusos até então praticados.

Por ser um instrumento extrapatrimonial integrante das relações privadas, ou seja, necessário para proteger a dignidade da pessoa humana, é que Bitar (2014, p. 219) afirma que a função social garante uma maior igualdade na sociedade, inclusive a liberdade dos indivíduos.

A expressão função social imediatamente remete à noção de fraternidade ou de solidariedade, evidenciando a importância e o reconhecimento do outro na construção da pessoa e da vida social. A função social preconiza o dever de superação das regras individuais em relação às coletivas, obrigação inerente a todo ser humano, de modo a possibilitar a prosperidade da sociedade (Maciel, 2015, p. 349). Quem realmente desenvolveu o conceito de função social foi Santi Romano, em 1977, realizando uma conexão a partir dos poderes, direitos e deveres, que, diante de um direito subjetivo, um poder-dever foi caracterizado, cujo exercício pelo indivíduo implica reagir de maneira que não seja contrária ao interesse público (Romano, 2008, p. 30).

A constitucionalização do instituto da função social da empresa, observando-o a partir das primitivas concepções de função social da propriedade e do contrato, deve ser analisado no sentido do princípio da livre iniciativa, a partir da ordem econômica constitucionalmente exposta (Géring, 2017, p. 62-63). Nesse contexto, Sy (2003, p. 557-560) descreve a justa distribuição de benefícios sociais e os encargos de cuidados de saúde nas Filipinas, em que gravitam duas doutrinas opostas de bem-estar e da livre iniciativa cujo setor privado deve operar em condições competitivas com o mínimo controle governamental.

A análise da responsabilidade social da empresa com sua funcionalização são de extrema importância, não apenas para desmistificar o tema, mas também para demonstrar a complementariedade e estima em zelar pelos efeitos causados na sociedade a partir da atividade empresarial.

2 O DIREITO À SAÚDE E A NECESSÁRIA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A saúde um direito fundamental de cada um e de todos, ao mesmo tempo, que deve ser garantido não apenas pelo Estado, na qualidade de provedor do bem-estar, mas também, e quem sabe numa importância ainda mais concreta, atribuída também aos demais entes sociais que auxiliam no

desenvolvimento social e humano. O direito à saúde é um direito social que se refere

[...] ao valor da igualdade entre as pessoas cujo bem jurídico, direito à vida, encontra-se situado na categoria dos direitos fundamentais, constitucionalmente tutelado, de forma não exaustiva, porquanto pode recepcionar tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte, conforme prescreve o art. 5º, § 2º, da Constituição Federal. (Delgado, 2013, p. 277)

Firme nesse entendimento, Pinheiro (2016, p. 161) comenta que a terminologia “direito à saúde” definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é simplista e inadequada, a qual afirma que não parece acertado almejar o resultado “saúde”, ou ao estado “saudável”, assegurando que seria mais correta a utilização do termo “direito a cuidados de saúde”, a que se busca garantir a completude, esta de difícil alcance pelos seres humanos em geral.

Ao se pensar em saúde, é necessário o entendimento do que seja esse termo, visto remeter-se a uma abrangência social e jurídica, enquanto se trata de algo íntimo do indivíduo, considerando que a concepção de saúde pode sofrer diferentes conotações, diante da realidade vivenciada pela comunidade e o indivíduo. Dessa feita, a efetivação do direito à saúde, vista por D’Ávila e Saliba (2017, p. 17), é de que se sujeita às “[...] suas próprias bases e também de seus determinantes políticos, econômicos e sociais, o que evidencia sua interface com a busca pela justiça social”.

O direito à saúde no Brasil não possui uma simples e fácil história de efetivação, já que é possível considerá-lo recente, enquanto direito humano e fundamental, passível de proteção por parte do Estado. Importa registrar que, para Folland, Goodman e Stano (2008, p. 344), o mercado assistencial à saúde dos “[...] hospitais nos EUA e em muitos países normalmente começaram como instituições de caridade, provendo assistência basicamente aos pobres e dependendo pesadamente de doações”.

De qualquer forma, a própria concepção desse direito brasileiro foi sendo construída e idealizada no âmago da sociedade, até chegar à concepção de um constitucionalismo social acessível a todos os indivíduos e garantido pelo Estado, conforme preconiza o art. 6º da Constituição Federal (Delgado, 2013, p. 227; Brasil, 1988).

No decorrer da história do Brasil, a saúde ultrapassou momentos diferentes de concepção, sendo tratados como favor e serviço, até se alcançar o direito à saúde. Embora não necessariamente de maneira sucessiva, insta

ressaltar que o direito à saúde até hoje vem sendo debatido, no sentido de confirmar sua proteção e a necessidade de efetivação.

O debate atual refere-se à prestação do serviço de saúde sob o aspecto da prevenção e proteção integral do indivíduo, tendo em vista a responsabilidade exclusiva do Estado de garantir sua efetivação, ou seria, concorrentemente, dos entes privados o encargo pela concretização dos direitos à saúde. Nestes termos, Ramos, Madureira e Sena (2016, p. 458) reforçam a ideia de que a política em saúde deve alinhar-se com quatro elementos fundamentais: ser passível de contestação, relevante, pública e regulada pelo Estado.

Em um primeiro momento da história, a prestação da saúde à população pelo Estado tratava-se de um favor, portanto o cidadão não poderia realizar qualquer cobrança pela prestação, por parte do Estado, ou mesmo questionar sua aplicabilidade e extensão da prestação (Pinheiro, 2001, p. 128-131). Após o processo de redemocratização do Estado, o Brasil passou a demonstrar maior preocupação com os trabalhadores.

Nos idos da década de 1980, a prestação do serviço à saúde era uma contraprestação decorrente de uma específica contratação a quem possuía condições de arcar com custos do tratamento médico ou aos trabalhadores que contribuíam para a previdência social. De qualquer maneira, o serviço de saúde não era considerado como um dever do Estado e um direito do indivíduo.

O Estado ainda não atuava como responsável pelas políticas de saúde, motivo pelo qual não se referia a um serviço universal e amplo. Nesta época, o acolhimento de pessoas enfermas e necessitadas era realizado pelas “Santas Casas”, isto é, entidades beneficentes, na maior parte das vezes, sustentada por igrejas ou organizações sociais específicas e próprias para esta finalidade (Xavier *et al.*, 1997, p. 27).

Na década de 70, iniciaram-se as tratativas acerca da reforma sanitária e a preocupação pela ampliação do atendimento na área da saúde, bem como na promoção de políticas públicas referentes à prevenção e à cura das doenças (Paim, 2008, p. 626-627). O que se defendia era justamente a universalização no que diz respeito à atenção à saúde e a humanização dos atendimentos.

A estruturação do Sistema Único da Saúde (SUS) ocorreu gradativamente mediante várias normatizações e construções de políticas específicas, a partir de 1990, que indicavam o processo de negociação e pactuação entre os três entes federativos, A Lei nº 8.080/1990, que instituiu o SUS,

confirmou a luta pela universalização do direito à saúde e a responsabilidade do Estado no tocante à promoção de políticas públicas necessárias para sua efetivação. Nessa mesma lei, também, admitiu-se a expansão da prestação de serviços de saúde na esfera privada, justamente com a finalidade de auxiliar o Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde, cabendo à livre iniciativa o desenvolvimento da atividade.

O atendimento à saúde para a população visa à universalidade e igualdade. Sendo assim, o direito à saúde é norteado por princípios basilares que, em conjunto, fazem tomar-se mais efetivo e eficaz o direito fundamental e todos aqueles que deste decorre (Ribeiro; Marques, 2013, p. 134). O quadro abaixo descreve tais princípios essenciais à concretização da saúde no Brasil:

PRINCÍPIOS	DEFINIÇÃO/CARACTERÍSTICA
Universalidade	Trata da extensão do atendimento e responsabilidade, por parte do Estado, do direito à saúde, enquanto direito fundamental, deve ser garantido a todo e qualquer indivíduo.
Integralidade	Refere-se à amplitude do atendimento, devendo, para tanto, o Estado fornecer todos os meios necessários e indispensáveis à efetivação da saúde, seja ela em níveis preventivos ou curativos, em que a assistência deve ser plena e eficaz ao que lhe é reivindicado.
Equidade	Trata da eliminação das desigualdades, referindo-se justamente ao princípio da isonomia material, tratando os iguais de maneira igual e os desiguais, na proporção de sua desigualdade.
Descentralização do atendimento à saúde	– Diz respeito à aproximação das políticas públicas aos indivíduos, sendo a aproximação e atenção local primordial para o efetivo atendimento; – Ocorre à redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências, quando, concorrentemente, agem em níveis municipais, estaduais e federais.
Participação da comunidade	– Pressupõe a participação social na formulação de políticas públicas capazes de efetivar esse direito; – Ocorre por meio dos conselhos de saúde, conferências de saúde e instituições que fornecem à comunidade elementos necessários para expandir a informação e o conhecimento necessário a respeito da saúde.

Fonte: ver Brito-Silva; Bezerra; Tanaka, 2012.

Por assim dizer, Gunnar (2006, pp. 178-179) afirma que o direito da saúde é tratado como direito fundamental pelo fato de pertencer a todos os membros da sociedade, de maneira indiscriminada e indistinta, jamais podendo ser abalado por qualquer atividade do Estado que deve oferecer proteção integral e efetiva, conforme reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Assim sendo, a saúde é a expressão da qualidade de vida de uma população e, se considerá-la como um direito fundamental de todo o ser humano, é preciso considerar a boa alimentação, habitação, trabalho, lazer, terra, liberdade, acolhida, cidadania, educação, meio ambiente e o acesso ao atendimento médico-hospitalar, todos como fatores incondicionais de saúde integral.

Para justificar a qualificação do direito à saúde como direito fundamental, é essencial estabelecer que sua extensão pertence a todos os membros da sociedade de maneira indistinta. Todavia, os ideais igualitários e universais na área de saúde têm suas limitações como resultado de política pública, na qual “a cobertura da saúde pública aumentou muito nos últimos anos, mas o acesso ao atendimento médico é precário e com muita iniquidade” (Bacha; Schwartzman, 2011, p. 4).

O direito à saúde deve ser prestado, de maneira indiscriminada, a todas as pessoas que necessitarem de sua cobertura e atendimento, o que deve ser prestado pelo Estado. Assim sendo, o direito ao atendimento e proteção à saúde não pode ser negado a quem se encontre dentro do território nacional, justificando-se por intermédio da dignidade da pessoa humana.

Todavia, essa prestação deve ser observada com cautela, para superar-se o Estadocentrismo, embora sem distanciar-se da sua efetivação no campo da saúde, segundo argumentado por Novato-Silva (2010, p. 196):

Centrismo, presença do passado, respeito, continuidade e evitar conflito também constam como características percebidas, configurando instituições mais conservadoras e fechadas, típicas, segundo alguns respondentes, de cidades históricas e muito religiosas. Isto revela, em termos organizacionais, a tendência de um processo decisório do tipo “incremental” – que tende a repetir as decisões passadas, fazendo simples ajustes, o que assegura a manutenção do *status quo*. No caso da saúde, isto significa a conservação de situação social com indicadores distantes dos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e mais resistente às mudanças, como introdução e uso adequado de instrumentos para gestão da informação.

Nesse sentido, a saúde deve ser pensada de acordo com todo o envolvimento que possui na sociedade, de maneira panorâmica e ao mesmo tempo concreta. Essencial dizer que as instituições responsáveis pela assistência à saúde devem reformular a atuação e a administração de seus serviços, para que o indivíduo seja observado em sua integridade quanto aos aspectos biopsíquico-sociais e espirituais (Rütten, 2000, p. 35-38). A necessidade

de alçar novos modelos de promoção à saúde por intermédio de sistemas comprometidos em defender a vida, de forma eticamente responsáveis.

Segundo Lobato (2012, p. 7-15), é necessário afirmar que a saúde merece ser tratada como fundamental, não apenas em sua denominação ou garantia, mas também na prática, efetivando-se o atendimento integral, seja ele realizado pelo Estado ou pelas empresas privadas, de modo preventivo e curativo, ou mesmo em caráter de reabilitação.

O fim que se almeja alcançar quando se trata da saúde é a atenção integral ao indivíduo que se encontra em situação de vulnerabilidade frente a sua existência. Assim, a vida merece ser resguardada mediante a prestação dos serviços em sua integralidade ao indivíduo necessitado de atenção e socialmente vulnerável.

3 A RELAÇÃO ENTRE A ATIVIDADE HOSPITALAR E O RECONHECIMENTO DO OUTRO

O indivíduo deve perceber no outro a essência de sua existência, sendo a relação humana fundamental para o desenvolvimento do ser e para definir e moldar a própria experiência, visto ser nele a condição de existência e os próprios limites da liberdade. Desse modo, o cumprimento de uma cooperação social para a condução da fraternidade universal – como um Direito Humano Fundamental de terceira geração – é de extrema importância, conforme explicita Borba (2012, p. 503):

A passagem do conceito de fraternidade associado à caridade – dever de um indivíduo frente a outro –, à concepção da solidariedade – dever de um indivíduo frente a todos os indivíduos –, correspondeu, em termos jurídicos, à compreensão da sociedade como referência do direito, não mais centrado nos legisladores ou nos juristas.

A atividade hospitalar demanda do reconhecimento do paciente/cliente como alguém que se vê necessitado não apenas dos produtos e serviços oferecidos pela empresa, mas também carente, muitas vezes, de condições socioeconômicas. Por sua vez, a fraternidade possui relevante importância constitucional e, como tal, deve ser considerada não apenas como um valor do Estado Democrático de Direito, mas também como um princípio jurídico que deve ser perseguido por todos os seus membros.

A superação da individualidade é o ponto primordial para que seja possível alcançar uma sociedade fraterna instituída constitucionalmente, devendo tal visão ser transferida também às entidades empresárias, considerando sua relevante importância para a sociedade e seu desenvolvi-

to. Pensamento diverso é colocado por Silva e Andrade (2017, p. 67), que indaga se a função social deveria ser priorizada ao interesse individual cujo entendimento é de que, “em princípio, a resposta deve ser negativa, pois a função social da empresa não pretende neutralizar todas as consequências que decorrem do princípio da livre iniciativa”.

É justamente na construção do reconhecimento da fraternidade que deve ser guiado, no intuito de conduzir o indivíduo à identificação da necessária relação existente entre as diferentes pessoas, a fim de alcançar a justiça, conforme exposto no preâmbulo da Carta Magna (Barcellos, 2002, p. 105). Agindo de maneira fraterna, a empresa passa a observar a todos os outros envolvidos na rede empresarial à qual está inserida.

Por cumprir um relevante papel econômico e político mundial, a empresa passa a ser cobrada a realizar atividades que observem as devidas preocupações sociais (Tarozzo; Goulart, 2004, p. 132-135). Nesse ponto, adentra, inclusive, as questões ambientais, éticas e econômicas voltadas ao bem-estar comum e à garantia de desenvolvimento da sociedade a qual está inserida.

É preciso que o indivíduo coloque-se no lugar do outro para que se alcance a liberdade moral. Tal afirmativa de liberdade encontra-se como bandeira da Revolução Francesa, sendo um elemento primordial da filosofia kantiana, sobretudo no que tange à liberdade moral:

Ele esmiuçou a “sociabilidade” básica do homem e enumerou como seus elementos a comunicabilidade – a necessidade de os homens comunicarem-se – e a publicidade, a liberdade pública não apenas para pensar, mas também para publicar – “a liberdade de escrita”; mas ele desconhece tanto uma faculdade quanto uma necessidade para a ação. (Arendt, 1993, p. 28)

Fundamental se faz a análise das reivindicações por justiça, tanto de redistribuição quanto de reconhecimento ao valorizar o outro e buscar o que é o justo. Desta feita, o reconhecimento reflexivo do outro é fundamental para a realização das atividades dos hospitais e estabelecimentos privados em saúde.

Assim sendo, cabe ao setor de assistência médico-hospitalar a apreciação do contexto econômico, político e social em que está inserida para evitar a superioridade em relação aos entes sociais que a ela se interliga, devendo ser inibido em razão da conscientização empresarial efetivamente aplicada. Para alcançar a tão almejada funcionalização, é necessário que, além da compreensão do reconhecimento do outro e a necessidade de con-

cretização de seus direitos, o mercado de assistência à saúde tenha uma gestão humanizada, no sentido de efetivar o objetivo relatado.

4 GESTÃO DA ATIVIDADE HOSPITALAR E A HUMANIZAÇÃO DA EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE

Em um passado recente, os hospitais brasileiros eram o local onde as pessoas já enfermas alojavam-se e esperavam a morte, diante das condições da doença que a deixavam de ter qualquer perspectiva, nem mesmo a de cura. Também eram considerados locais de beneficência, marcadamente de assistência aos pobres e muitas vezes, dirigidos e mantidos por instituições religiosas (Oguisso, 2014, p. 43). Somente num segundo momento é que os hospitais foram mantidos pelo Estado, isto é, após o reconhecimento da saúde como um direito fundamental do indivíduo.

Como parte fundamental do desenvolvimento humano, o direito à saúde evoluiu no sentido de que o Estado obrigou-se a criar e a manter a assistência médica. Ao transformar a cobertura desse risco em uma responsabilidade da sociedade, do coletivo e, conseqüentemente, em uma obrigação do Estado, teve início um longo movimento de desmercantilização do acesso à saúde, apesar do desenvolvimento da atividade privada na área da saúde que sempre existiu (Viana; Silva; Scheffer, 2016, p. 415).

Ocorre que o hospital, além de prestar serviços médicos, também abrange estudos, ensino e pesquisa, agregando missões que vão além da investigação e cura de doenças, como atividades de profilaxia de doenças, promoção da saúde e redução de óbitos, a exemplo da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo governo federal mediante a promulgação da Lei nº 12.550/2011 (Gomes, 2016, p. 29).

É importante assinalar que os hospitais possuem características específicas, justamente em razão da complexidade de sua atividade, tendo em vista ser um aparelho essencialmente humano; portanto, deve ser gerido adequadamente. Ademais, os custos referentes aos atendimentos médicos, ambulatoriais, clínicos e cirúrgicos, tecnologia e equipamentos, pessoal, entre outros, são extremamente elevados (Salu, 2013, p. 41).

No que diz respeito à saúde pública, o arranjo constitucional brasileiro trouxe o federalismo sanitário centrífugo em contraponto ao federalismo constitucional em regra centrípeto com novos princípios já descritos a ser realizada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Tal modelo, na teoria, não é ruim, mas, na prática, não se mostrou eficiente (Khamis; Sartori, 2017, p. 309). Além do mais, inovou com a possibilidade de a saúde ser

estruturada tanto pelos entes públicos quanto pelos privados, afirmando que a saúde é o campo de atuação econômica livre à iniciativa privada.

O sistema de saúde deve ter como objetivo primordial o atendimento e melhora da saúde de toda a população, por intermédio de promoções de prevenção, tratamento, reabilitação e até mesmo, cura. Segundo Ramos (2016, p. 689-690), esse sistema é afligido por diferentes variáveis, como políticas, econômicas, culturais e sociais.

Diante da relevância social que possui, a saúde é um bem social e, portanto, merece cuidado em sua análise, principalmente quando exposta às leis de mercado. Nesse particular, o Estado, já não possuindo mais condições de suprir todas as necessidades da coletividade, precisa do auxílio dos entes privados para garantir a proteção e o cumprimento dos direitos fundamentais.

Por seu turno, Martins (2011, p. 353) entende que cabe ao Estado o dever de regulação da execução desses serviços, enquanto a execução é outorgada à área privada, almejando, desta maneira, uma maior eficiência na prestação dos serviços da saúde. Cabe ao Estado dar condições mínimas de subsistência para que se cumpra a determinação constitucional do direito à saúde, todavia o modelo atual permite a possibilidade de as empresas, no âmbito privado, auxiliarem o Estado, que se compromete com a redução das desigualdades sociais concomitantes à geração de renda e riqueza aos empreendedores e a toda a sociedade.

Saliente, todavia, que a discussão ultrapassou o plano dos direitos fundamentais, adentrando também nos deveres, o que vem a integrar o cidadão como peça primordial para o alcance das garantias constitucionais, diante de um senso de responsabilidade perante os problemas sociais. Marques (2001, p. 2) entende que a responsabilidade para a concretização do direito à saúde é essencial para a compreensão e extensão do dever de implementação, ora outorgado em um primeiro momento ao Estado.

De acordo com a Constituição Federal, as empresas são concedidas a exploração dos serviços relativos à saúde⁴. A rigor, ao Estado deve direcionar suas atividades no desenvolvimento social, garantindo à concretização dos direitos sociais, incluso a saúde, sendo admitida a parceria com empre-

4 “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” (Brasil, 1988)

sas privadas para que estas realizem serviços capazes de ampliar a cobertura de tais direitos (Vecina Neto; Malik, 2016, p. 103).

A eficiência no acesso e na prestação dos serviços de saúde é primordial para alcançar os objetivos sociais, uma vez que, por intermédio das empresas privadas, são mais exigentes e contempla um serviço mais especializado; assim, o atingimento das metas torna-se mais concreto. Logo, é um dever do Estado a promoção do direito fundamental à saúde, contudo não lhe é exclusivo, cabendo também à sociedade, incluindo-se as empresas (pessoas jurídicas de direito privado) como corresponsáveis pela prestação de serviços privados de assistência à saúde.

5 A FUNÇÃO SOCIAL DO SETOR DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

A função social do setor de assistência médico-hospitalar apresentada no presente trabalho advém da concretização do direito à saúde como garantia constitucional, aliado à gestão da atividade hospitalar informada pela humanização da eficácia do direito à saúde e do reconhecimento do outro.

As uniões dessas finalidades são capazes de garantir o desenvolvimento social, bem como o incremento da atividade hospitalar, justamente por ser capaz de alcançar os interesses sociais, sem deixar de cumprir seus objetivos individuais. É importante assinalar que as identificações destes elementos como intento da funcionalização da atividade hospitalar possuem como escopo a garantia do bem maior, que é o desenvolvimento social, por intermédio de meios capazes de concretizá-lo.

No que tange à autonomia privada das partes contratantes, ela ocorre pela liberdade de contratar, a partir da identificação da função social que serve de instrumento teórico de implementação da justiça distributiva (Araújo, 2015, p. 73). O mercado de assistência médico-hospitalar brasileiro tem a maior parte da população coberta pelos planos de saúde que se vincula a contratos empresariais, sensíveis aos níveis de emprego e renda, com predomínio de contratos coletivos.

Existem modalidades que detêm maior fatia do mercado de planos de saúde como as cooperativas médicas (Unimed) e a medicina de grupo (Amil, Golden Cross etc.), seguidas da autogestão (sem fins lucrativos, como Capesp, Cassi, Petros), das seguradoras de saúde (Sulamérica, Bradesco etc.), dos filantrópicos (mantidos por Santas Casas) e das administradoras de benefícios (a exemplo da Qualicorp, que funcionam como espécies de “corretoras” de planos coletivos). Atualmente, cerca de 80% são planos empresariais (financiados por empregadores com ou sem participação dos

empregados no financiamento) ou de adesão (contratados por associações, sindicatos etc.) (Scheffer; Aith, 2016, p. 364).

Humanizar as atividades que envolvem a saúde vai muito além de abrandar o sofrimento, por intermédio de uma maior atenção ao indivíduo que dele necessita. A propósito, a Política Nacional de Humanização⁵ tem trazido alguns referenciais para a gestão do trabalho em saúde, propondo a atuação em dois eixos: transformar a forma de produzir e prestar serviços de saúde (novos arranjos organizacionais) e também alterar as relações sociais que envolvem os trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução dos serviços (formas de gestão participativa) (Vecina Neto; Malik, 2016, p. 73).

Logo, humanizar deve ser instituído no setor de assistência médico-hospitalar, a qual deve preocupar-se com os efeitos que a atividade da saúde é capaz de gerar, indo além daqueles decorrentes do mero atendimento prestado ao necessitado, mas alcançando também toda a sociedade que necessita da sua atenção, para que assim seja possível o alcance pleno do direito à saúde.

Neste intuito, a mercantilização da oferta de assistência à saúde também é um mal que deve ser evitado, razão pela qual os envolvidos merecem respeito e dignidade, seja no momento do atendimento – enquanto paciente –, seja no exercício das atividades atinentes ao profissional da saúde. No esboço de Viana, Silva e Scheffer (2016, p. 415), a mercantilização da saúde consiste em dois períodos no Brasil:

No primeiro período, o Estado centralizava as decisões estratégicas, criava demanda e financiava os serviços privados. Já no período atual, percebe-se maior autonomia do setor privado, que passa a contar com uma base própria de financiamento. O Estado, por sua vez, perde a capacidade de controlar diretamente a expansão do setor.

Diante dessa trajetória verifica-se que, atualmente, os serviços de assistência médica passaram a constituir uma mercadoria como outra qualquer, submetida às regras de produção, financiamento e distribuição. Significa, na prática, uma crescente capitalização da medicina, incentivada pelo Estado brasileiro, que ofereceu condições para a realização de investimentos privados no setor da saúde, mediante a aquisição de serviços e produtos

5 A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (Portal da Saúde, 2017).

médico-industrial, ao financiamento de investimentos e à contratação de serviços da rede privada (Viana; Silva; Scheffer, 2016, p. 415).

De outra parte, o indivíduo deve agir com o espírito de fraternidade, hoje entendida como solidariedade, passando a pensar mais no outro e, principalmente, no ambiente em que vive. Nesse sentido, Maciel (2015, p. 344) refere-se a um direito da chamada terceira geração (ou dimensão) que permite a necessidade de crescimento mútuo e recíproco e tornou-se uma premissa de garantir os direitos difusos e coletivos, considerando sua essencialidade para o desenvolvimento da humanidade.

A partir disso, infere-se que a saúde continua tendo o caráter de propriedade privada, conforme ocorria na fase pré-SUS, tipicamente operando com base nas regras de mercado, podendo ou não prestar serviços ao sistema público mediante contratos. Atente-se, desde logo, que, anteriormente à saúde, não se encontrava na condição de um direito fundamental, portanto, não necessariamente era suprida pelo Estado.

O modelo previdenciário-privatista brasileiro iniciou-se na década de 1920, por influência da medicina liberal, com o objetivo de oferecer assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais. A partir da década de 1940, a rede hospitalar foi valorizada e fortemente financiada, influenciada pelo modelo biomédico fundado no modelo flexneriano, que até hoje impacta no modelo de atenção e na dificuldade de estruturarmos modelos integrais de saúde coletiva (Mehry; Malta; Santos, 2004).

Diante disso, o modelo flexneriano baseava-se em um paradigma biologicista, hospitalocêntrico, curativo e medicalizante, enaltecendo o culto à doença, e não à saúde, e a ilusão de que a tecnologia seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde (Merhy; Malta; Santos, 2004). Ocorre que a medicina não é mais a simples prática clínica que um dia se baseou no ideal flexneriano, atualmente, reproduzida pelo setor privado na acumulação e reprodução do capital, por meio do modelo de financeirização da saúde (Khushf, 1998). É justamente quando se fala do modelo neodesenvolvimentista do setor da saúde pública que se justifica a enorme mercantilização sobre ela realizada.

Como se percebe, a ampliação da abrangência da função social é primordial para o desenvolvimento da sociedade, notadamente à concretização dos direitos fundamentais, os quais necessitam ser mais bem resguardados, não apenas pelo Estado, mas também por toda a sociedade. Por isso, a importância de envolver-se nas demandas individuais ou da coletividade quando esta, por si só, não for capaz de resolvê-las.

Nesse particular, a adoção da ética da solidariedade ou da justiça social é primordial para entender as novas propostas realizadas ao mercado, no intuito de cumprir os deveres impostos constitucionalmente (Streck; Redin; Zitkoski, 2010, p. 167). A compreensão da necessidade de ponderação entre oferta e demanda – justificada pela crescente busca de atenção à saúde, a então insuficiência da prestação única por parte do Estado e a incessante procura pela efetivação do direito à saúde – deve conduzir as empresas do ramo de assistência à saúde a ajustarem seus custos e lucros, para então repassar ao cliente/paciente, somas possíveis de serem adimplidas.

O cálculo dos custos da saúde, principalmente quando se trata das empresas do ramo de assistência à saúde, merece ser revisto, no intuito único de possibilitar ao cidadão maior acesso aos serviços de saúde, sem deixar de observar o objetivo principal de qualquer atividade empresarial, que é a obtenção de lucros (Avellar, 2015, p. 88-91). Acerca dessa funcionalização na área da saúde, a própria população vem exigindo o cumprimento dessa função da atividade.

Em uma perspectiva filosófica, Delgado e Ferreira Filho (2016, p. 184-188) apresentam a vontade econômica dominadora da representação coletiva pela influência política. Inclusive, vale salientar a existência das empresas com finalidade lucrativa que são, portanto, aquelas exploradoras das atividades relacionadas à saúde, as quais, em sua maioria, realizam atividades curativas e diagnósticos, prestando assistência ao cliente/paciente que a procura, com a finalidade de obter lucro, justamente em razão da sua atividade.

Neste caminho, é possível identificar-se a função social do setor de assistência médico-hospitalar, já que, além dos interesses individuais dos proprietários, necessário se faz o reconhecimento do interesse maior, no âmbito social, sobre a efetivação do direito à saúde. Com base nessa premissa, Marques e Sousa (2015, p. 279) comentam que o setor de assistência médico-hospitalar conjuntamente com a figura do Estado pode auxiliar na efetivação do direito à saúde garantida constitucionalmente ao indivíduo sem que deixe de cumprir seu objetivo de lucratividade.

Assim, a união entre os objetivos empresariais e sociais são plenamente possíveis de serem aliados na consecução de uma sociedade capaz de fazer valer seus direitos, deveres e garantias constitucionais, essenciais para o desenvolvimento humano e social.

CONCLUSÃO

A luta pelo reconhecimento do direito à saúde é longa e árdua, principalmente quando se fala no direito à saúde, tendo em vista ser fundamental para existência humana e preservação da vida. Com efeito, a busca para obter este patamar de direito fundamental é contínua, e, a cada dia, os indivíduos necessitam de mais atenção com relação à saúde, já que envolve além do bem-estar físico, pois atinge também o aspecto psíquico e emocional.

O Estado brasileiro elevou o direito à saúde ao patamar de direito fundamental, de maneira universal e igual a todos os cidadãos; portanto, tal ente federativo deve garantir as condições mínimas para a concretização deste direito. Ainda, identificando a importância do papel da iniciativa privada no contexto social, a este foi outorgada a possibilidade de explorar atividade da saúde que tanto necessita ser desenvolvida.

Reconhecida a constante necessidade de garantir pela efetividade material do direito à saúde, a correlação da funcionalização da atividade empresarial hospitalar deriva do pressuposto de que a função social é captada a partir dos incrementos da atividade empresarial na realidade social e econômica. Destaca-se a acumulação de capital é um dos impeditivos de maior efetividade do direito à saúde, tendo em vista que o obstáculo econômico é apresentado à sociedade como um dos maiores empecilhos causadora de dificuldade no acesso à saúde.

Sob essa perspectiva, as desigualdades vão além do caráter econômico, pois alcançam também a prestação dos serviços de saúde. A “desumanização” da atividade hospitalar é vislumbrada em qualquer um dos ambientes hospitalares, muitas vezes em razão do incremento tecnológico utilizado pela entidade, outras em função do descompromisso do profissional no atendimento, ou mesmo, da gestão descapacitada.

A adoção da ética da solidariedade ou da justiça social nas instituições pública e privada é imprescindível para melhor desempenhar os cuidados para com saúde diante do contexto socioeconômico e nos valores envolvidos na construção da realidade médica. Além disso, uma ética administrativa e organizacional oferece a promessa de transcender as alternativas do governo *versus* o mercado.

É essencial que a prestação de serviços na área da saúde seja realizada de maneira acolhedora e empática, para que aquele que necessite tenha segurança e tranquilidade para aguardar tanto o diagnóstico quanto o tratamento, se necessário. Portanto, a humanização da saúde faz-se necessária a partir da constatação de que a gestão hospitalar deve estar atenta e entender

a relação existente na prestação dos serviços da saúde destinados a todas as pessoas, de qualquer faixa etária, nível social, condição financeira ou qualquer outro rótulo.

O serviço da saúde é fundamental para a existência humana, motivo pelo qual o gestor hospitalar merece conduzir, com todo cuidado/atenção, a estrutura do setor de assistência médico-hospitalar, seja no atendimento, no relacionamento entre as pessoas, na estipulação dos preços ou no resultado pretendido. Por isso, a relação entre a fraternidade e a atividade hospitalar é fundamental para embasar a afirmação de que, por intermédio desta, é possível alcançar uma maior efetividade do direito à saúde, vez que a empresa assumiu um papel tão importante para com o desenvolvimento social.

A preocupação com a figura do outro e o princípio da fraternidade possuem relação direta quando se fala de assistência médico-hospitalar, justamente por ser ela capaz de incrementar os interesses sociais a partir da realização da ponderação dos objetivos empresariais aos sociais, no momento em que possa possibilitar um maior acesso às suas atividades.

Justamente a partir do pensamento voltado não apenas à realização dos objetivos da empresa, mas também dos interesses de toda a sociedade, é que a função social justifica-se, principalmente quando ela é voltada à concretização do direito fundamental à saúde. Unindo-se a visão da atividade empresarial e a (re)descoberta da fraternidade, nota-se um novo paradigma de desenvolvimento humano e social trazido ao Direito, em que passa a ser tarefa de toda a sociedade, e não apenas do Estado, a função de garantir o incremento social com menos desigualdades e efetivamente almejada e merecida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Giselle Marques de. A função social das obrigações sob o paradigma do estado democrático de direito. *Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva*, Belo Horizonte, n. 27, p. 68-76, sep./dec. 2015. Available in: <<http://npa.newtonpaiva.br/direito/?p=2383>>. Access in: May, 7th, 2017.

ARENDT, Hannah. *Lições sobre a filosofia política de Kant*. Trad. André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

AVELLAR, Cristina Monken et al. Efeitos da reestruturação pró-inovação nos custos em saúde. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, v. 9, n. 4, a. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v9i4.570>>. Acesso em: 14 maio 2017.

BACHA, Edmar Lisboa; SCHWARTZMAN, Simon. Introdução. In: BACHA, Edmar Lisboa; SCHWARTZMAN, Simon (Org.). *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BARCELLOS, Ana Paula de. *A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BITTAR, Eduardo C. B. *O direito na pós-modernidade*. 3. ed. mod. e atual. São Paulo: Atlas, 2014.

BORBA, Bruna Estima. Da expropriação ao dever de solidariedade: a imposição tributária e as dimensões dos direitos fundamentais. In: BRANDÃO, Cláudio; SALDANHA, Nelson; FREITAS, Ricardo (Coord.). *História do direito e do pensamento jurídico em perspectiva*. São Paulo: Atlas, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <<https://is.gd/Q7arPx>>. Acesso em: 12 maio 2017.

_____. Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. Dispõe sobre as Sociedades por Ações. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 dez. 1976. Disponível em: <<https://is.gd/kbMCHC>>. Acesso em: 14 maio 2017.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 16, n. 40, p. 249-260, jan./mar 2012, Botucatu. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>>. Acesso em: 8 maio 2017.

CARVALHO NETO, Frederico Costa; PASSARELI, Rosana Pereira. A função social da empresa. *Revista Prisma Jurídico*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 175-199, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/934/93449824007.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2017.

D'ÁVILA, Luciana Souza; SALIBA, Graciane Rafisa. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 15-38, nov. 2016/fev. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i3p15-38>>. Acesso em: 8 maio 2017.

DELGADO, Joedson de Souza. O processo administrativo-sanitário como instrumento de efetividade das ações de vigilância sanitária. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, n. 7.1, a. 2013, p. 225-240. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i1.1290>>. Acesso em: 7 maio 2017.

DELGADO, Joedson de Souza; FERREIRA FILHO, Ottoni. Risco sanitário e vontade humana: aproximações e complementaridades no estilo de vida contemporâneo. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia*, v. 26, n. 28, a. 2016. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/rppgd/article/view/18278>>. Acesso em: 13 maio 2017.

FERREIRA, Roberto Martins. *Sociedade e empresa: sociologia aplicada à administração*. São Paulo: Saraiva, 2016.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. *A economia da saúde*. Trad. Cristina Bazan. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FRANCO, Vera Helena de Mello. Função social e procedimento recuperacional: a função social sob novo enfoque. *Direito & Justiça*, v. 41, n. 2, p. 225-237, jul./dec. 2015. Available in: <<http://dx.doi.org/10.15448/1984-7718.2015.2.21436>>. Access in: May, 7th, 2017.

FRASER, Nancy; HONNETH, Axel. *Redistributive or recognition?* London: Verso, 2003. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era pós-socialista. Trad. Júlio de Assis Simões. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/viewFile/50109/54229>>.

GÉRING, Zsuzsanna. Kevert szövegelemzési módszertan alkalmazása gazdasági és társadalmi jelenségek vizsgálatához – Online csr-kommunikáció vizsgálata tartalomelemzéssel és diskurzuselemzéssel. *Vezetéstudomány / Budapest Management Review*, v. 48, issue 4, p. 55-66, Apr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14267/VEZTUD.2017.04.08>>. Acesso em: 14 maio 2017.

GOMES, Renata Machado dos Santos. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): um estudo de caso. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 5, supl. 1:26-38, dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i0.278>>. Acesso em: 13 maio 2017.

GUNNAR, William P. The fundamental law that shapes the United States health care system: is universal health care realistic within the established paradigm? *Annals of Health Law*, v. 15, Issue 1, p. 151-181, article 7, winter 2006. Disponível em: <<http://zip.net/bstJMs>>. Acesso em: 7 maio 2017.

KHAMIS, Renato Braz Mehanna; SARTORI, Ivan Ricardo Garisio. O impacto do federalismo sanitário brasileiro na efetividade do direito à saúde. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 302-312, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5102/rbpp.v7i2.4613>>. Acesso em: 3 out. 2017.

KHUSHF, George. A radical rupture in the paradigm of modern medicine: conflicts of interest, fiduciary obligations, and the scientific ideal. *Journal of Medicine and Philosophy*, v. 23, n. 1, p. 98-122, 1998. Available in: <<https://doi.org/10.1076/jmep.23.1.98.2591>>. Access in: Sept., 29th, 2017.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Políticas sociais e de saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/2qnCVgk>>. Acesso em: 9 maio 2017.

MACIEL, José Fabio Rodrigues. Direitos humanos. In: MACIEL, José Fabio Rodrigues (Coord.). *Formação humanística em Direito*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MAMEDE, Gladston. *Direito empresarial brasileiro*: direito societário: sociedades simples e empresárias. 8. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, v. 2, 2016.

MARQUES, Meire Aparecida Furbino; SOUSA, Simone Letícia Severo e. O direito à saúde nas constituições brasileiras. In: VASCONCELOS, Antonio Gomes de; SILVEIRA, Sebastião Sérgio da; XIMENES, Julia Maurmann. *Direitos sociais e políticas públicas I*. Conpedi/UFMG/Fumec/Dom Helder Câmara (Org.). Florianópolis: Conpedi, 2015.

MARQUES, Sônia Mara. Maximizando o valor da empresa através da ética e da responsabilidade social. *Revista Brasileira de Administração*, Brasília, a., v. 11, 2001. Disponível em: <<http://migre.me/wAOUq>>. Acesso em: 11 maio 2017.

MARTINS, Fernando Rodrigues. *Princípio da justiça contratual*. In: LOTUFO, Renan (Coord.). Coleção professor Agostinho Alvim. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE, 2004.

NOVATO-SILVA, José Wanderley. Antropologia da informação na saúde pública: do global ao local em Minas Gerais, Brasil. *Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação*, Brasília, v. 3, n. 1, p. 185-200, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://twixar.me/fGk>>. Acesso em: 9 maio 2017.

OGUISSO, Taka. Os precursores da enfermagem moderna. In: OGUISSO, Taka (Org.). *Trajetória histórica da enfermagem*. Série Enfermagem. Barueri: Manole, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2017.

PINHEIRO, Carla. *Psicologia jurídica*. In: MACIEL, José Fabio Rodrigues (Coord.). Coleção Direito Vivo. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

PINHEIRO, Roseni. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 123-166, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v11n2/a07v11n2.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2017.

PORTAL DA SAÚDE. *Humaniza SUS*: Política Nacional de Humanização. Disponível em: <<https://is.gd/R4aZu9>>. Acesso em: 12 maio 2017.

RAMOS, André de Carvalho; GRAMSTRUP, Erik Frederico. *Comentários à Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro – LINDB*. São Paulo: Saraiva, 2016.

_____. *Curso de direitos humanos*. 3. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline Prazeres de. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e o direito à saúde: uma breve reflexão. *Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 450-472, jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://is.gd/DmnS6I>>. Acesso em: 7 maio 2017.

RIBEIRO, Teresa Catonho; MARQUES, Sílvia Badim. O direito à saúde do sujeito de pesquisa clínica com novos medicamentos no Brasil. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, a. 2013. Disponível em: <<http://m3u.me/c4U>>. Acesso em: 8 maio 2017.

ROMANO, Santi. *O ordenamento jurídico*. Trad. Arno Dal Ri Júnior. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

RÜTTEN et al. Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health Promotion International*, vol. 15, issue 1, p. 35, Spring 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapro/15.1.35>>. Acesso em: 9 maio 2017.

SALU, Enio Jorge. *Administração hospitalar no Brasil*. Barueri: Manole, 2013.

SCHEFFER, Mário; AITH, Fernando. O sistema de saúde brasileiro. In: MARTINS, Mílton de Arruda et al. (Ed.). *Clínica Médica*. Volume: Atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. 2. ed. Barueri: Manole, 2016.

SILVA, Elizabet Leal; ANDRADE, Fábio Siebeneichler. A cogestão como instrumento de concretização da função social da empresa. *Revista Jurídica Cesumar*, v. 17, n. 1, p. 65-80, jan./abr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17765/2176-9184.2017v17n1p65-80>>. Acesso em: 9 maio 2017.

STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI Jaime José (Org.). *Dicionário Paulo Freire*. 2. ed. rev. e ampl. 1. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SY, Peter A. Welfarism versus “free enterprise”: considerations of power and justice in the philippine healthcare system. *Bioethics*, v. 17, numbers 5-6, 2003. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14959725>>. Access in: Sept., 29th, 2017.

TAROZZO, Luciana Silva Andrade; GOULART, Carlos. Reflexões sobre Justiça e suas influências na sociedade e no Direito – A função social do Direito. *Revista Paradigma*, n. 17, a. 2004. Disponível em: <<https://is.gd/Nvs5Cm>>. Acesso em: 9 maio 2017.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. *Gestão em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da; SCHEFFER; Mário. Economia e Saúde. In: MARTINS, Milton de Arruda et al. (Ed.). *Clínica Médica*. Volume: Atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. 2. ed. Barueri: Manole, 2016.

XAVIER, Antonio Carlos da R. et al. Implantando a gestão da qualidade em hospitais: a experiência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS. *Texto para Discussão nº 486*, Brasília, jun. 1997. Disponível em: <<http://m3u.me/c4V>>. Acesso em: 7 maio 2017.

Sobre a autora e o autor:

Gabrielle Jacobi Kolling | E-mail: koll.gabrielle@gmail.com

Doutora em Direito (Unisinos), Professora Titular da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) e da Universidade São Francisco (USF).

Joedson Delgado | E-mail: joedson.delgado@hotmail.com

Mestre em Direito pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Bacharel em Direito pelo Centro Universitário do Distrito Federal – UDF, Bacharel em Administração pela Universidade de Brasília – UnB, Servidor na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

Data da submissão: 13 de novembro de 2017.

Data do aceite: 14 de março de 2018.