

A EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA DA CIDADANIA BRASILEIRA*

HEITOR HUMBERTO DO NASCIMENTO CARVALHO¹

MÁRCIO ALEXANDRE DA SILVA PINTO²

RESUMO: Este artigo tem por finalidade apresentar os resultados finais da pesquisa desenvolvida durante os meses de agosto de 2008 e julho de 2009, que teve como órgão de fomento o CNPq. A relevância do tema aumenta na medida em que se evidenciam diariamente os problemas na saúde pública. Este relatório final, no formato de artigo, tem por objetivo relatar toda a pesquisa realizada no período indicado e trazer alguma contribuição ao estudo do Direito à saúde no Brasil. O estudo da evolução histórica é importantíssimo para a construção de uma doutrina jurídica pautada na solidariedade e respeito ao ser humano, pois não se pode compreender adequadamente os Direitos Fundamentais expressos na Constituição de 1988 a não ser no contexto histórico que lhes deu origem.

Palavras chave: Direito à saúde; história do direito à saúde; direitos fundamentais; Cidadania na saúde.

ABSTRACT: This article aims to present the final results of research undertaken during the months of August 2008 and July 2009, which had the CNPq as the instigation institution. The relevance of the subject increases in the measure where if they daily evidence the problems in the public health. This final report, in the article format, has for objective to tell to all the research carried through in the indicated period and to bring some contribution to the study of the Right to the health in Brazil. The study of historical development is crucial to building a legal doctrine based on solidarity and respect for human beings because you can not understand adequately the Basic Rights in the Constitution of 1988 than in the historical context that gave them origin.

Keywords: Right to the health; history of the right to the health; basic rights; Citizenship in the health.

* Pesquisa resultante do Programa de Bolsa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/UFU/CNPQ) – **Projeto: F – 010/2008.**

¹ Acadêmico da Faculdade de Direito “Prof. Jacy de Assis” da Universidade Federal de Uberlândia; Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco 3D, CEP: 38.400-000. E-mail: heitorhumberto@yahoo.com.br

² Professor orientador da Faculdade de Direito da “Prof. Jacy de Assis” da Universidade Federal de Uberlândia. Doutor em Direito Difuso pela PUC/SP. Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco 3D, CEP: 38.400-000. E-mail: marcioalex@ufu.br

INTRODUÇÃO

As decisões judiciais não dão uma perfeita imagem da vida do direito. Só um diminuto trecho da realidade aparece diante das autoridades; muita coisa é excluída dos trâmites legais em princípio ou como matéria de fato. E aí, no litígio, mostram-se relações jurídicas completamente outras, com traços distorcidos, que são estranhas àquelas mais quietas e permanentes. Quem quereria julgar nossa vida familiar e social segundo os litígios familiares e sociais?

Assim, como a tarefa da ciência jurídica não é estudar o que é fácil e agradável, como por exemplo, alguns códigos, ao invés de investigar um estado real em um trabalho demorado e diligente, é tarefa, pois, da ciência jurídica trabalhar com questões grandes e fecundas, o que tornará a ciência do direito mais perfeita em virtude da cientificidade empregada.

Toda cidadão depara-se com diversas questões de direito no dia-a-dia, e este deve estar sempre desperto para a vida em sociedade, e nada é tão fundamental quanto a consciência dos seus direitos e deveres dentro da sociedade em que vive.

Como o Estado é a instituição política dirigida por um governo soberano com determinados poderes sobre a sociedade que vive em seu território, que têm como finalidade a prestação de serviços ao homem, promovendo o bem-estar geral do povo, melhorando as condições de vida social, em vista ao bem comum. Faz-se necessário uma verdadeiro estudo da evolução histórica do direito à saúde, para posteriormente analisar a questão da saúde pública brasileira com maior rigor científico.

No entanto, é necessário pautar este estudo com base numa renovação crítica da historiografia do Direito. Por isso, a finalidade da investigação histórica do direito à saúde neste trabalho, não vislumbra traduzir uma história total, segue paulatinamente, no desvelar de uma história crítica do Brasil, no que se refere ao direito à saúde, desde os tempos imperiais até a promulgação da Carta de 1988. Com isto, se traduz uma nova tendência no Direito brasileiro, crítico-desmistificadora de teor sócio-político na releitura e revisão do tradicional, para a construção de uma nova historicidade do Direito, em relação direito à saúde.

1 - MATERIAIS E MÉTODOS:

Visando uma execução satisfatória do plano de trabalho, adotou-se a pesquisa doutrinária, com o intuito de apreender as concepções teóricas a respeito do tema. Esta pesquisa utilizou os tipos de pesquisa bibliográfico e documental. A seleção do material bibliográfico utilizado ocorreu após a leitura prévia de algumas obras, aproveitando-se as que mostraram uma análise profunda acerca do tema e que possuem, de forma reconhecida, maior repercussão e qualidade na seara da literatura jurídica. O método utilizado para este tipo de pesquisa foi o dedutivo, ou seja, a partir dos conceitos e proposições trazidas pelos textos selecionados, é que se deu início a discussão do tema, para que fossem alcançados resultados e conclusões satisfatórias.

Utilizou-se ainda o tipo de pesquisa histórica para que fosse possível o estudo aprofundado da história do direito à saúde no Brasil. Reunidos o material bibliográfico, Constituições e leis históricas do Brasil foi possível comparar tais fontes entre si, enriquecendo a pesquisa, na medida em que diversos posicionamentos e os conflitos históricos que resultaram nos diversos meios de foco estatal no fornecimento de saúde a população, que constitui como um rico embate de posicionamentos entre Poder do Estado e população.

Por fim, seguiu-se a elaboração do Relatório Técnico Parcial, a avaliação dos resultados e conclusões e a redação do Relatório Técnico Científico Final

2 - DISCUSSÃO E RESULTADOS:

2.1. Brasil Colônia

A idéia de “paraíso” que pendurou durante as primeiras décadas do Brasil colônia não sobreviveu muito tempo, em realidade, a idéia de “paraíso” foi substituída pela idéia de “inferno” ainda no século XVII, devido ao baixo índice de sobrevivência, seja dos colonizadores brancos, seja dos escravos trazidos da África. Tal grande a dificuldade de sobrevivência em detrimento das “novas” moléstias, confrontos regulares entre os indígenas e o novo ambiente ao qual não estavam adaptados.

Nesse sentido:

A guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português – órgão responsável pela administração das colônias – criou ainda no século XVI os cargos de físico-

mor e cirurgião-mor. Seus titulares foram incumbidos de zelar pela saúde da população sob domínio lusitano. Essas funções, no entanto, permaneceram por longos períodos sem ocupantes no Brasil. Eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para cá. Desestimulados pelos baixos salários com os perigos que enfrentariam (BERTOLLI FILHO, 2008, p.5)

Aqueles físicos-mor e cirurgiões-mor que se instalavam encontravam inúmeros problemas. Além da enorme dimensão territorial do país aliada a quantidade massiva de habitantes que não tinham condições de arcar com as despesas de consulta, o tratamento tinha como base a utilização de métodos como a sangria e o purgante, que levava freqüentemente o paciente mais grave a morte. Sendo que a população preferia recorrer aos curandeiros indígenas ou negros ao invés dos médicos formados na Europa, tal prática era de certo modo incentivada, dada a escassez de médicos graduados e a eficiência dos remédios populares. “Em 1746, em todo o território dos atuais estados de São Pulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades européias.” (BERTOLLI FILHO, 2008, p.6.)

Somente em épocas de epidemias que as orientações dos médicos eram aceitas, mesmo assim, com restrições, quando, por exemplo, tentava-se prevenir a varíola com um ligeiro corte no braço colocando-se um pouco do pus de um doente da mesma enfermidade, o que causava grande alvoroço na população que literalmente fugia para não receber tal tratamento.

2.2. Brasil Imperial

Se o problema principal do Brasil colônia era a varíola, durante o período imperial o maior problema é causado pela febre amarela, conforme relato do médico José Pereira do Rego:

A febre amarela tem se tornado endêmica no Rio, reaparece em quase todas as invernações e deste foco principal irradia-se mais ou menos longe; é assim que a cidade de Montevidéu foi atacada em 1856. (...) Desde 1849, (...) época da primeira grande epidemia nesta cidade, sua duração não se limitou nunca a um ano: assim não desapareceu senão em 1854; a segunda epidemia durou de 1859 a 1863; tudo leva a crer que depois de ter experimentado um decréscimo notável durante o inverno de 1870, vá reaparecer com a invernação de 1870 a 1871. As tripulações estão, pois, freqüentemente na presença deste flagelo; e é raro que qualquer navio estacionado na enseada do Rio não lhe pague sempre seu tributo mais ou menos pesado (REGO, 187, p.5).

Mesmo com a vinda da Corte portuguesa em 1808 que determinou mudanças na área de saúde, bem como em toda a administração pública colonial, a formação de uma nova

imagem do território brasileiro definido pelos europeus como sendo da barbárie e escravidão não logrou êxito. Diante na tentativa de solucionar os problemas de saúde da sociedade se vê o aumento das mortes, o que desvela o fracasso da monarquia, mesmo quando no governo do último imperador a pesquisa científica fora incentivada.

A primeira Constituição brasileira foi outorgada pelo Imperador Dom Pedro I, e vigorou por 67 anos, até a Constituição Republicana. Sinteticamente, a forma de governo escolhida foi a monarquia constitucional, o Estado manteve-se unitário, sem autonomia para as até então províncias.

As menções à saúde na Constituição de 1824 estão no bojo do artigo 179, inciso XXI, que dispõe: *Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos.* E, mais além, no inciso XXXI, o seguinte: *A Constituição tambem garante os soccorros publicos.*

Em realidade, o sistema de governo europeu não poderia ser o mesmo sistema de governo por questões de adaptações, essa preocupação era comum entre os membros do ministério de Dom Pedro I, ainda em 1822 - Integravam o ministério, José Bonifacio de Andrada e Silva, Caetano Pinto de Montenegro, Joaquim de Oliveira Alvares e Manoel Antonio Farinha. Nesse sentido, as leis, as constituições, todas as instituições humanas são feitas para os povos, não os povos para elas (LEAL, 1992, p.51).

2.3. República Velha

Com o novo regime de governo em 1889 surgiu a idéia de modernizar o Brasil com fulcro no sistema filosófico positivista de Augusto Comte: “ordem e progresso”. Em linhas gerais, o positivismo propõe à existência humana valores completamente humanos, afastando radicalmente a teologia e a metafísica (todavia incorporando-as em uma filosofia da história). Assim, o Positivismo associa uma interpretação das ciências e uma classificação do conhecimento a uma ética humana radical. Afirma, portanto, que o conhecimento científico se limita à descrição dos fatos observados e experimentados. E, pretende, por final, reformar o Estado e a sociedade sob o domínio da ciência.

Essa necessidade de atualizar a economia e sociedade revela-se como eixo fundamental para a compreensão das atividades governamentais neste período.

“Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país” (BERTOLLI FILHO, 2002, p.12). Todavia, deve-se entender que o projeto e a intervenção governamental na saúde tinham em vista a mão-de-obra qualificada vinda da Europa e tão necessária ao Brasil. Não sendo, por esta razão em função dos trabalhadores brasileiros.

Observa-se historicamente que a política social não fora um setor privilegiado pelas autoridades republicanas. “Essa contradição é explicada pela lógica das relações sociais dominantes no Brasil e na maior parte dos países de passado colonial” (BERTOLLI FILHO, 2002, p.15). Com isso, os compromissos com as necessidades básicas da população, pelos governos, mantêm-se no segundo plano. O regime republicano, por esta razão, manteve a política de desigualdade que conservou a maioria da população em situação precária. Assim, a assistência de saúde era pra quem podia pagar, restava aos pobres, na qualidade de indigentes, o amparo nas Casas de Misericórdias.

É, também, como a Constituição anterior, inspirada nas idéias Iluministas, sendo idênticas em conteúdo em certos artigos. No art. 170, XIII da Constituição do Império prega que *a Lei será igual para todos, quer proteja, quer castigue, o recompensará em proporção dos merecimentos de cada um*. A Constituição de 1891, pois fim a herança do período imperial e igualou todos perante a lei, o Art. 72 da referida Carta é exemplo dessa transformações:

Art. 72 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes:

§ 1º - Ninguém pode ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.

§ 2º - Todos são iguais perante a lei.

A República não admite privilégios de nascimento, desconhece foros de nobreza e extingue as ordens honoríficas existentes e todas as suas prerrogativas e regalias, bem como os títulos nobiliárquicos e de conselho.

§ 3º - Todos os indivíduos e confissões religiosas podem exercer pública e livremente o seu culto, associando-se para esse fim e adquirindo bens, observadas as disposições do direito comum.

§ 4º - A República só reconhece o casamento civil, cuja celebração será gratuita.

§ 5º - Os cemitérios terão caráter secular e serão administrados pela autoridade municipal, ficando livre a todos os cultos religiosos a prática dos respectivos ritos em relação aos seus crentes, desde que não ofendam a moral pública e as leis.

§ 6º - Será leigo o ensino ministrado nos estabelecimentos públicos.

§ 7º - Nenhum culto ou igreja gozará de subvenção oficial, nem terá relações de dependência ou aliança com o Governo da União ou dos Estados.

Todavia não há qualquer menção a direitos de cunho social, que é observado é que esta Carta apresenta cunho essencialmente liberalista e caráter de ruptura com o antigo regime. Mesmo observado essa ruptura, vê-se que de fato o país não se libertou integralmente do regime interior, nos atos de disposições transitórias, a Constituição garantiu ao ex-imperador no art. 7º uma pensão a contar de 15 de novembro de 1889, garantida-lhe, por todo o tempo de sua vida, subsistência decente. Mesmo assim a questão da saúde não foi tratada.

Na gestão do presidente Rodrigues Alves, o embelezamento e o saneamento da cidade do Rio de Janeiro foram prioridades assumidas. Em aliança com o prefeito da cidade iniciou-se a construção de grandes avenidas, o alargamento das praças, a construção de um moderno porto. Conjuntamente, criava-se o serviço de limpeza pública e derrubavam-se cortiços e quiosques que marcavam a paisagem da cidade que culminaram com a Revolta da Vacina.

Com a revolta, o Estado e a medicina tiveram que se deparar com uma nova realidade, a necessidade de um relacionamento mais íntimo com a sociedade. Essa interação social não poderia sustentar a relação que ocasionou o levante da população. Assim, passou-se a testar outras e novas formas de coordenação das atuações em benefício da saúde pública.

2.4. Era Vargas

Investido pela Revolução de 1930, Getúlio Vargas dá início a uma nova fase da vida republicana conhecida na história como “Era Vargas” que compreende o período entre 1930 e 1945 na história do país.

A revolução de 1930 marca a crise da dominação oligárquica no país e de um processo crescente de transformações vividas pelo país, por exemplo, a emergência de uma classe operária ligada à industrialização, que assumiu na década de 1920 formas políticas mais organizadas, como o BOC (Bloco Operário Camponês). Dentre as causas para a eclosão da Revolução de 1930 em 3 de outubro destaca-se a dissidência das oligarquias nas eleições de 1930, fortalecendo a Aliança Liberal, derrotada, contudo, pela fraude da máquina do governo. A Revolução tinha como objetivo enfraquecer a aliança conhecida como “café-com-leite” e diminuir o poder político dos Estados de São Paulo e Minas Gerais. A tomada do poder foi efetuada em nome da moralidade eleitoral e administrativa, que era o lema da campanha do tenentismo durante toda a década de 1920.

O reconhecimento de um novo setor social merecedor de cuidados vinha acompanhado de algumas medidas sinalizadoras do fim da velha ordem. Dessa forma, a nova

Constituição apresentava uma tentativa de adaptação da ordem política à nova realidade do país, conforme se verá.

Dentre as preocupações da Carta de 1934 estavam: criar diretrizes para educação nacional, a luta contra os problemas da seca no Nordeste brasileiro, além de preocupações relativas ao recenseamento da população. O que denota, pela primeira vez, um interesse real pelo conteúdo humano no território nacional. Interesse pela população, e alguma perspectiva de dirimir os conflitos de desigualdades, no mínimo sociais.

O cuidado à saúde e a assistência pública ganha linhas claramente delineadas no artigo décimo, sob cuidado expresso da União e dos estados, além do papel definido de velar pela fiscalização das leis sociais. Conforme a seguir:

Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:

I - velar na guarda da Constituição e das leis;

II - cuidar da saúde e assistência públicas;

III - proteger as belezas naturais e os monumentos de valor histórico ou artístico, podendo impedir a evasão de obras de arte;

IV - promover a colonização;

V - fiscalizar a aplicação das leis sociais;

VI - difundir a instrução pública em todos os seus graus;

VII - criar outros impostos, além dos que lhes são atribuídos privativamente.

Parágrafo único - A arrecadação dos impostos a que se refere o número VII será feita pelos Estados, que entregarão, dentro do primeiro trimestre do exercício seguinte, trinta por cento à União, e vinte por cento aos Municípios de onde tenham provindo. Se o Estado faltar ao pagamento das cotas devidas à União ou aos Municípios, o lançamento e a arrecadação passarão a ser feitos pelo Governo federal, que atribuirá, nesse caso, trinta por cento ao Estado e vinte por cento aos Municípios.

A Constituição de 1934 também dispõe que é “obrigatório, em todo o território nacional, o amparo à maternidade e à infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão um por cento das respectivas rendas tributárias” (Art. 141), e também, não poderão dar garantia de juros a empresas concessionárias de serviços públicos (Art.142), inclusive aquelas referentes à saúde.

A saúde pública ganha importância na Era Vargas não porque é desvelada a condição precária a qual a vida estava sujeita nas comunidades mais pobres. Nem tão pouco por um viés de conscientização estatal e política pelos fatos que acompanham a história do Brasil. Na realidade a saúde pública ganha contornos de institucionalização e as políticas sociais são privilegiadas para mascarar o Estado autoritário.

A partir de outubro de 1930 a área sanitária passou a compartilhar com a educação um ministério: o Ministério da Educação e da Saúde Pública, responsável por determinar uma ampla remodelação dos serviços sanitários no país. “Com isso pretendia-se, na verdade,

garantir à burocracia federal o controle desses serviços, numa estratégia decorrente do centralismo político-administrativo imposto por Getúlio Vargas” (BERTOLLI FILHO, 2008).

Criou-se nesse sentido, uma nova ordem na saúde. Essa nova coordenação da esfera da saúde proclamava a promessa do Estado de cuidar pelo bem-estar sanitário da população. Apesar da medida centralizadora ajudar as áreas carentes de assistência médico-hospitalar, os estados mais ricos da federação que já possuíam os serviços de saúde organizada a experiência foi desastrosa, dificultando o atendimento à população.

Na realidade, o país continuava a ser uma sociedade de homens doentes, mesmo com a sensível diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas durante a Era Vargas e mesmo com a expansão médico-hospitalar e das novas técnicas de controle das endemias rurais, por meio de um convênio firmado com a Fundação Rockefeller, criada em 1913 nos Estados Unidos., as chamadas doenças de massa continuavam a proliferar. Por exemplo: esquistossomose, tuberculose, doença de Chagas, hanseníase, doenças gastrointestinais e sexualmente transmissíveis.

Para muitos brasileiros restava à morte por não conseguirem ajuda médica necessária, pois a maioria fora tratada como párias da sociedade, como se fossem inimigos do país. Apesar do “pai dos pobres” declarar que é responsabilidade estatal cuidar da saúde da população.

2.5. Período da redemocratização

Após o fim da Era Vargas, durante o período da redemocratização que se estende de 1945 até 1964 a política demagógica voltada aos pobres continua, dessa forma os problemas sociais não foram resolvidos. Ao passo que coube aos movimentos sociais exigirem as promessas de melhores condições de vida, de saúde e de trabalho.

É no governo do presidente Eurico Gaspar Dutra que promove a organização racional dos serviços públicos, esta reforma foi elaborada por meio do plano Salte (elaborado em 1948 não conseguiu atingir os objetivos pretendidos muito embora o país tenha crescido 6% ao ano vários elementos contribuíram para o fracasso, dentro os quais, o endividamento externo, a inflação, o desemprego e o desperdício das reservas do país), marcado pelo o objetivo da melhoria os sistemas da saúde, alimentação, transporte e energia. De fato, conforme os jornais da época divulgavam, a saúde continuava a ser tratada do mesmo modo que no período ditatorial.

Em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920 foi criado o Ministério da Saúde (o Ministério da Saúde e Educação criado em 1930 durante a Era Vargas desdobrou-se em dois com o advento dessa lei.). No entanto, durante os primeiros anos contou com verbas irrisórias e uma estrutura burocrática ineficiente que impedia o ministério de atingir seu escopo.

A falta de recursos impediu o Estado de realizar uma política de saúde fundamental e eficiente para a população. A atuação foi tão pífia que a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), órgão regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), teve que participar diretamente ao combate da malária no Brasil, a partir da década de 70. Mesmo com as sucessivas campanhas contra malária entre 1958 e 1965 efetuadas pelo governo brasileiro que ainda afirmava a erradicação da mesma quando na realidade só se diminuiu o número de enfermos.

Além de problemas financeiros e estruturais, o clientelismo fora outro problema enfrentado pelo Ministério da Saúde em seus primeiros anos. “Os partidos ou os líderes de políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas por votos e apoio nas épocas eleitorais” (BERTOLLI FILHO, 2008). Assim, grandes áreas foram simplesmente esquecidas pelo governo.

A Lei Magna de 1946 com a idéia de que a ordem econômica deve ser constituída conforme os princípios da justiça social, harmonizando a liberdade de iniciativa com a valorização do trabalho humano, dispõe no parágrafo único, “a todos é assegurado trabalho que possibilite existência digna. O trabalho é obrigação social” (Art. 145, parágrafo único). Aos trabalhadores são garantidos, com o intuito de melhorar a condição de vida destes, “assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante” (Art. 157, XIV).

No que trata a questão dos problemas causados pela seca no Nordeste, a Carta dispõe sobre formas de combater este problema, o que já constava na Constituição de 1934, o que não deixa de ser uma forma de combate as mazelas que geram problemas de saúde.

Nesse clima de tensões e movimentos sociais característicos da efervescência política do período, notou-se, claramente, que a saúde não é apenas uma atividade que cuida e previne doenças, é, pois, uma prática social.

Entendeu-se que a saúde é instrumento para uma melhor qualidade de vida, sendo assim, um objetivo de luta das classes sócias excluídas da modernização do país para pressionar, por meio da atividade política os representantes desinteressados em exercer seus compromissos democráticos. Coube também aos médicos cobrar dos políticos por melhores condições de trabalho.

Cabe lembrar que no ano de 1963, na III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, sugeriu-se a reorganização dos serviços médicos-sanitários que originasse uma nova categorização das responsabilidades político-administrativa da Federação por meio da municipalização.

2.6. Regime Militar

Durante a Ditadura Militar que se instaurou em 1964, o Ministério da Saúde, além de contar com poucos recursos teve, também, sua esfera de atuação alterada. A partir de então, passa a entender a saúde como fenômeno individual e não como elemento coletivo. O resultado disso foi a valorização dos hospitais particulares em detrimento dos hospitais públicos.

Nos ordenamentos jurídicos da época, ou seja, na Carta de 1967 e na Carta de 1969, o direito à saúde, como direito individual, não detém a atenção necessária e devida do poder público, como se por um lapso. Como resultantes o direito à saúde, como parte integrante do direito maior de qualquer indivíduo - o direito à vida - que é o bem maior de cada cidadão, passa a ser negligenciado na medida em que há a abstenção da responsabilidade social (direito social).

Assim, os responsáveis públicos não declaram expressamente que o Estado reconhece o direito à saúde, todavia, asseguram aos trabalhadores o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva (Art. 158, inciso XV, CRFB 1967). É este um dos motivos que levam a crer que os problemas da política de saúde contemporânea são unânime e indistintamente complicados.

No plano econômico, a ditadura estava abalada pelo fracasso do chamado “milagre econômico”. Conjuntamente, um governo autoritário e empresas estatais executaram obras faraônicas em que ficava demonstrada a ineficiência estatal. O fracasso tornou-se maior ainda quando o Estado buscou compensar o seu fiasco com a emissão de papel moeda, o que levou o país a uma inflação sem precedentes na história brasileira.

Esta herança inflacionária sobreveio até pouco tempo na história recente do país. Perpassou pelo último presidente do governo militar, João Baptista de Oliveira Figueiredo (1979-1985) que, assumiu o poder numa intensa crise econômica, ao mesmo tempo em que as manifestações de massa, começavam a ser retomadas.

No plano político, mesmo havendo, em 1984, o movimento conhecido como “Diretas Já”, o fim da ditadura só aconteceu por meio de eleições indiretas para presidente. O colégio eleitoral elegeu, em 1985, Tancredo Neves (representante do PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro) com ampla margem sobre Paulo Maluf (PDS – Partido Democrático Social). Todavia, Tancredo de Almeida Neves faleceu, no dia 21 de abril de 1985, antes de sua posse, assumindo seu vice José Sarney de Araújo Costa (1985-1990). Em 1985, uma série de medidas democratizantes foram enviadas ao Congresso. Com essas medidas, estabeleceram-se as eleições diretas para prefeito das capitais, das áreas consideradas de segurança nacional e das estâncias hidro-minerais.

Cabe aqui lembrar, algumas demandas políticas relevantes desse período: a elevação do contingente populacional dos sem-terra, decorrente do empobrecimento generalizado, da concentração da propriedade da terra e da lentidão do Estado na aplicação de projetos de reforma agrária; os problemas enfrentados pelo setor agrícola decorrentes do capitalização de dívidas com instituições bancárias. Dívidas estas provenientes da política de juros altos e da elevação dos preços dos insumos, que ameaçavam comprometer as safras dos anos seguintes. Na tentativa de minimizar a crise econômica advém a política de privatizações de empresas estatais, que mobilizaram setores sociais, políticos e empresariais do país, naquela época, objetivando conter o déficit público, aumentar a produtividade e reduzir os gastos com a máquina governamental; e, claro, nesse caudal de problemas, arrola-se, também, a crise no setor de saúde pública, responsável pelo precário atendimento às camadas populares, contrastando com os avanços verificados nos campos da medicina e da odontologia nacionais. Todo esse estado caótico comprova que a solução depende da adoção de medidas políticas adequadas.

Para que o regime autoritário tornasse um agente regulador da sociedade, foi necessário uma “desmobilização das forças políticas e o enfraquecimento das instituições que atuavam antes de 1964, substituindo-as por organismos e sistemas sob estrito controle do Estado” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 54) Para isso, foi criado, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social pelo Decreto-Lei nº 72 deste mesmo ano. O Decreto-Lei foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 22 de novembro de 1966. Além de Unificar os institutos de aposentadoria e pensões e criar o Instituto Nacional de Previdência Social, o Decreto-Lei constituiu o INPS como órgão de administração Indireta da União; de personalidade jurídica de natureza autárquica e independente inclusive no que se referem a seus bens, serviços e ações, das regalias, privilégios e imunidades que a União goza, conforme trata o artigo segundo da referida lei.

Essa estratégia governamental tinha o intuito de aproveitar-se dos problemas das antigas caixas e instituições de aposentadoria e pensões. O novo instituto integrou todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 por meio do seu artigo primeiro, e ficou subordinado ao Ministério do Trabalho, tendo que assumir o patrimônio e os acordos das instituições que o antecederam. O que representou a inclusão de quase todas as clínicas e unidades hospitalares na organização previdenciária, e não exclusivamente a ampliação da cobertura médica.

Em 1974 foi criado também, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que agregou a competência do INPS, o desvinculando do Ministério do Trabalho. Além disso, para contornar o problema de desvio de recursos e a corrupção criou-se, também, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).

Para abrandar as inúmeras críticas, outras medidas foram tomadas, entre elas: o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) em 1971; o Plano de Pronta Ação (PPA); e, 1975, o Sistema Nacional de Saúde.

Todas as medidas no período, não passaram de tentativas do governo de melhorar as deficiências do setor de saúde, que, em 1979, estava entre as maiores no ranking dos países mais enfermos da América Latina, sendo ultrapassado apenas por Haiti, Bolívia e Peru, mesmo diante de um relativo aumento na expectativa de vida da população e diminuição da mortalidade infantil.

Desde o fim do chamado “milagre econômico”, o complexo sistema de saúde existente no país entrou em grave crise como consequência dos problemas históricos de má gestão dos recursos destinados à saúde e do pouco caso das autoridades.

Além disso, o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, decorrências da Lei Eloy Chaves criada pelo Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 (considerada também como marco da Previdência Social no país), e suas constantes ampliações. Ao restante da população, cabia o acesso a estes serviços como um mero favor e não como um direito, a própria iniciativa privada fora incentivada a abrir clínicas e unidades hospitalares para atendimento aos mais aquinhoados em detrimento ao atendimento público de baixa renda.

Pela Carta de 1967, o Estado organizar-se-ia e exploraria diretamente atividades econômicas somente para suplementar a iniciativa privada. Enquanto o governo reduzia ou atrasava os recursos para a rede conveniada, hospitais e clínicas aumentavam as fraudes.

2.7. A 8ª Conferência Nacional de Saúde e o direito à saúde

Foi durante essa efervescência política e econômica que, em 17 de março de 1986, iniciou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde uma vez que as políticas públicas do início dessa década, até a Conferência supramencionada, pouco havia feito para melhorar a situação lamentável a que estava submetida a saúde – frise-se, de passagem, relegada a segundo plano.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco para a história da saúde no Brasil. Foi quando a real noção de “direito à saúde” foi realmente debatida, no país, enquanto direito humano. E, ressaltou-se aqui, de difícil implementação, uma vez que a lógica da economia de mercado prevalecia sobre a idéia de invocação de dividendos para atender a esse segmento social.

Estender o direito à saúde a todos, defronta-se com grande dificuldade nos países do antigo terceiro mundo, até então assim reconhecidos partindo-se do conceito de economias subdesenvolvidas ou de industrialização tardia. Em certa medida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) encontram sensíveis dificuldades junto aos governos inseridos nesse contexto.

Não muito diferente da realidade brasileira, durante a realização da Conferência, a noção de direito à saúde que surgiu nos países capitalistas europeus, que viviam sobre a égide do Estado de bem-estar social, no período pós-guerra, de uma forma ou de outra, optaram por medidas diferentes com relação à política de extensão do direito à saúde, devido às dificuldades encontradas com crise econômica que acometeu o modelo econômico, aprofundada pelas desigualdades sociais a que estavam submetidas.

Mesmo diante desse quadro de dificuldades, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu que direito à saúde significa uma garantia estatal de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando o ser humano ao desenvolvimento pleno da sua individualidade.

Conforme se observa no relatório final da conferência, o pleno exercício do direito à saúde implica, necessariamente, garantir: trabalho com condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e

informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços de saúde; direito à liberdade; à livre organização e expressão; e acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

Apesar de o relatório apontar as diretrizes que vieram a ser seguidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, fica claro, no texto, que o direito à saúde não vai e não irá simplesmente materializar-se pela sua formalização a não ser através da consolidação de políticas públicas eficientes.

É imprescindível que o Estado democrático assista ao indivíduo, não só cubra suas necessidades básicas, mas garanta uma vida saudável. É preciso arguir, segundo Jaimilson Silva Paim, se “o Estado capitalista moderno pode dispensar os efeitos ideológicos de legitimidade conferidos pelo reconhecimento dos direitos sociais e pela melhoria dos serviços de saúde, numa sociedade clivada por contradições e desigualdades como a brasileira” (PAIM, 1987, p.45-59).

Aceitar ou não esse argumento pela sociedade depende exclusivamente da força moral daqueles que o propuseram, ou seja, das diretrizes traçadas pelos movimentos populares o legitimaram. A partir do momento em que a sociedade contraditória e desigual busca aparar as arestas das mazelas sociais que a subjagam e a manietam, os direitos sociais emergem naturalmente.

Não deixa de ser verdade que, para afastar os fantasmas da ineficiência, a tendência dos países latino-americanos é a de buscar a virtude e a excelência, por meio da ética consolidada. A questão ganha maior discussão na esfera internacional de atuação dos Estados.

A realidade social brasileira é completamente diferente, quando comparada à da Europa, Canadá e Estados Unidos, pois exige uma perspectiva de ética social com preocupação com o bem comum, justiça e equidade, antes que com direitos individuais e virtudes pessoais.

Não é possível proporcionar a todos a melhor assistência possível à saúde (todo sistema de assistência à saúde enfrenta algum tipo de escassez, e nem todos que precisam de uma forma específica de assistência podem ter acesso a ela.). Muito embora, estejamos cientes dessa dificuldade, é mister abster-se da incompetência administrativa, do clientelismo e das resistências imediatistas e corporativas, etc. É possível realizar os serviços básicos de dignidade humana, garantidos a cada indivíduo pela Carta de 1988.

A Constituição consagra a pessoa humana, sendo um valor-guia de toda a ordem constitucional, não apenas no que tange aos direitos fundamentais, mas, também no Direito à

Vida que é o Direito Humano por excelência. Graças as pressões políticas, o texto constitucional consolidou o direito universal à saúde como dever do Estado.

“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 a promoção, proteção e recuperação.” Conforme o Art. 196, CRFB de 1988.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde resultou também, na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que de forma gradual, após a Constituição de 1988, cedeu lugar ao Sistema Único de Saúde (SUS), que representa a materialização do direito à saúde como direito de todos, de forma universal, integral e equitativa como princípios ideológicos. E, de maneira descentralizada, regionalizada e hierárquica como princípios organizacionais. Por fim, o princípio da participação popular.

Depois da incorporação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990, o mesmo só se tornou extinto, oficialmente, em 27 de julho de 1993, pela Lei nº 8.689). Houve, por conseguinte, a instituição da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que funda o SUS.

2.8. O Estado e as garantias da Cidadania no âmbito do direito à saúde

Deste modo, voltou-se a atenção estatal para suprir as necessidades da população, na tentativa de resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, consolidando-o como um dos direitos da Cidadania.

Direitos Humanos, a grosso modo, significa enfrentar as possibilidades existenciais imanentes à existência humana, bem como da autenticidade ou inautenticidade dessa mesma existência. Por isso, fala-se em ética, no que concerne aos Direitos Humanos. A ética está adstrita a certos fundamentos que identificam alternativas e decisões como racionais. Então os fundamentos que regem os direitos humanos devem ser pré-jurídicos, assim, o direito positivo lhes outorga vigência. Nesse sentido, são direitos morais próprios a todas as pessoas e indissociáveis da condição de dignidade humana.

Na conferência de Direitos organizada pela ONU, em Viena, no ano de 1993, há o reconhecimento de que a promoção dos direitos fundamentais compete aos povos e à

comunidade internacional, sendo indissociável a interrelação entre desenvolvimento e respeito aos direitos humanos.

Na ótica do princípio da legalidade na administração pública, o Estado é responsável pelos seus atos, já que é crucial que todo ele se manifeste pelo Direito. Quando ele se manifesta de maneira desproporcional e antidemocrática perante os direitos garantidos na Constituição, esses mesmos direitos tornam-se pífios. Fatos dessa natureza são inconcebíveis no estágio em que a sociedade moderna manifestamente vive.

Segundo Friedrich Müller, o direito veicula a violência social especificamente formalizada.

Como qualquer Estado, qualquer organização de grupos humanos, o Estado de Direito é a forma de violência – da sua regulação, aplicação, justificação, e com isso também da sua fundamentação: não como violência na sua facticidade [*Tatsächlichkeit*], mas precisamente enquanto ‘poder’ (‘poder estatal’ [*Staatsgewalt*]) regulado e justificado (MÜLLER, 1995, p.31).

Além de o direito veicular a violência social, segundo as palavras de Friedrich Müller, observa-se ainda que os mecanismos e o funcionamento de um sistema econômico comprometem a dignidade humana dos que trabalham no Estado, enfraquecem ou entorpecem o sentido de sua responsabilidade ou impedem seu poder de iniciativa. Este sistema é injusto, ainda que a produção econômica obtenha altos níveis e seja distribuída conforme as normas de justiça e da equidade³.

Deste modo, o Estado deve utilizar-se de seus instrumentos para garantir a necessidade dos cidadãos de equidade e justiça no campo da saúde. Uma vez que não se pode explicar a relação entre Estado e indivíduo pelas relações isoladas, também, não se faculta a hipótese de se elucidar a necessidade de se obter um tratamento implicitamente humanizado da melhor forma de saúde possível.

Da necessidade de um novo modelo de relação, é necessária uma forma de tratamento que vise envolver e sacralizar o indivíduo. Neste sentido, deve-se permitir o direito à vida e aos meios necessários para garanti-la, seja por meio da moradia, da educação de qualidade, do trabalho, seja para garantir o acesso ao direito à saúde.

³ Cf. João XXIII. De rerum socialium processibus ad christiana praecepta componendis. In: **Mater et Magistra**. 15 de maio de 1961. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/john_xxiii/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_15051961_mater_lt.html> Acesso em: 24 de março de 2009. Texto original: “*Ex quo consequitur, ut, si ad parandas opes tales rerum oeconomicarum disciplina et apparatus adhibeantur, quibus eorum, quotquot impendunt operam, vel dignitas humana in discrimen adducatur, vel praestandae rationis sensus debilitetur, vel sua sponte agendi facultas eripiat, hunc idcirco oeconomicarum rerum ordinem ab iustitia alienum arbitremur; licet ponatur ingentem ex eo gigni bonorum copiam, eorumque partitionem ad iustitiae aequitatisque conformari normas.*”

A participação nos novos movimentos sociais, que surgem a partir dos anos 1970, em defesa da igualdade de direitos, está vinculada à noção de Cidadania ativa, que é marcada pela participação popular no espaço público, em uma sociedade caracterizada por diferenças étnicas, de classe, gênero, religião, etc. O processo de Cidadania não pode perder de vista a atenuação das desigualdades sociais até que as mesmas sejam abolidas.

A luta pelo gozo pleno da Cidadania pode ser considerada uma estratégia política, pois seu conteúdo é sempre definido pelo confronto político em torno de aspirações, desejos e interesses. Por meio desse confronto, atores sociais visam generalizar suas aspirações e instituí-las em direitos na medida em que as apresentam como interesses coletivos.

As experiências de orçamento participativo, que visam definir as prioridades de investimento das prefeituras, são exemplos de um conceito de Cidadania que transcende à reivindicação de inclusão e de um mero acesso ao sistema político, de forma a garantir uma participação efetiva na definição desse sistema.

O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomaras suas ocupações físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar criar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual (PACHECO E SILVA, 1934, p.56.).

A democracia idealizada por Tocqueville, certamente está muito distante da realidade que vive o povo brasileiro. Para o pensador há a possibilidade de se imaginar “um ponto extremo, onde liberdade e a igualdade se tocam e se confundem” (TOCQUEVILLE, 1962, p.383). Esse é o ideal que os povos democráticos tendem a alcançar.

O estado social e democrático é sempre almejado por todo e qualquer povo. Se esse povo, no entanto, viveu por vários séculos subjugado pelo regime de castas e de classes precisará passar por uma longa série de transformações para que possa atingir um estado democrático. Tais transformações podem se caracterizar por dificuldades medianas e extremas, eivadas de esforços violentos, vitórias e revezes, que podem fazer o poder, os bens e as opiniões oscilarem constantemente, bem como não apresentarem, também, fixidez de lugar. Esse é o preço que se paga, quando se reclama pela posse incondicional do já aludido estado social democrático⁴.

Só o Estado possui os meios necessários para formular, implementar e fiscalizar a realização de políticas públicas. Daí, a necessidade de planejamento estatal para garantir o correto funcionamento dos serviços sociais, especialmente, os pertinentes à saúde pública:

⁴ TOCQUEVILLE, 1962.

O planejamento estatal é o modo de evitar o padrão neopatrimonial e clientelista de efetivação das políticas públicas e, mais, que o processo decisório público seja reduzido a essas características: continuidade da associação perversa entre a burocracia pública e os interesses privados. Caso o planejamento seja democratizado, os frutos serão: eficácia (qualidade) e eficiência (produtividade) da gestão pública brasileira: isto é *accountability* democrática. As resistências à implantação desse tipo de planejamento, [...] aparecerão de todos os lados: legal, corporativista e político, evidentemente, quando se pretende remodelar a utilização e prestação de serviços públicos (DOMINGUES FILHO, 2007, p.196).

Todavia, cabe também ao cidadão garantir uma ordem social mais justa, não deixando ao simples controle estatal a reordenação e fiscalização do sistema. A “saúde é um típico direito da Cidadania Brasileira, porquanto direito de todos e dever do Estado, malgrado na prática ainda deixe muito a desejar, cabendo a todos colaborar e cobrar melhoria dos serviços” (PINTO, 2003, p.115). Assim:

Desse modo, não basta que uma ordem social seja estabelecida através da lei, mesmo na lei máxima, na Constituição. É preciso que o poder instituidor seja de forma legítima, ou seja, emanado de quem de direito, do povo, na linguagem atual, da Cidadania. Além do mais, a lei deve observar os princípios democraticamente estabelecidos na Constituição, como o da igualdade e o da liberdade social, sob pena de ser considerada inconstitucional, injusta, imoral, indigna (PINTO, 2003, p.197).

Fica evidente, a necessidade de participação popular para garantir as conquistas constitucionais. E, mais do que isso, para que essas conquistas tenham efeitos práticos na vida da população a vigilância do indivíduo e da sociedade como um todo tem que ser permanente. No presente momento, o SUS é uma realidade de construção constante que necessita da politização dos cidadãos.

No controle social do SUS, regulado pela Lei nº 8.142, os usuários participam da gestão através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados, e presentes em todos os níveis de organização (federal, estadual e municipal). Nos Conselhos de saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários tem metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto.

3 – CONCLUSÕES

Não se faz direito nem muito menos, controle social do SUS, sem que haja a participação efetiva de representantes legítimos eleitos pelo povo. A sociedade deve reconhecer o SUS como Direito da Cidadania.

Toda cidadão se depara com diversas questões de direito no dia-a-dia. Por isso, deve estar sempre desperto para a vida em sociedade, e nada é tão fundamental quanto a consciência dos seus direitos e deveres dentro da sociedade em que vive.

Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos (Declaração Universal de Direitos Humanos. Art. 1º.); no entanto, milhares de pessoas não têm acesso a um sistema de saúde minimamente decente. Enquanto a organização social em um determinado Estado visa garantir a liberdade e a igualdade dos sujeitos que a compõem, os direitos sociais que deveriam estar em um patamar superior ao que estão direitos individuais, aqueles se encontram em segundo plano. Em certa medida, é observado que tais direitos são postergáveis ou relegados.

Ora, assim como a democracia, os direitos humanos devem ter seus preceitos diuturnamente abertos e ampliados, para que seja garantida a acepção teleológica das mensagens que informa sobre a tutela dos interesses majoritários e públicos da sociedade.

Não se trata apenas de eleição para escolher os representantes dos cidadãos para tomar decisões, legislar ou administrar. Trata-se, sobretudo, de garantir que cidadão algum seja excluído de alguma forma de benefício e do convívio democrático, e que todos possam participar e usufruir ativamente de tudo aquilo que lhes possa trazer benefícios. Esse deve ser o escopo do Estado de direito. A própria definição do direito à saúde depende da participação de todos, e, portanto da conscientização egrégia da população, ao passo que cabe ao Estado ser o responsável maior, em todos os aspectos, em garantir o direito à saúde ao cidadão, indistintamente.

4- AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de aproveitar este tópico para agradecer pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão desta pesquisa em tempo hábil.

Primeiramente, agradeço a todos professores e estudantes que contribuem efetivamente para a pesquisa jurídica nesta Universidade. Agradeço ainda ao CNPq pelo apoio e crença em despertar vocações científicas, sem qual não seria possível a realização deste trabalho. Agradeço ao meu orientador não só por ser uma bússola no decorrer da pesquisa, mas também por mostrar um caminho de conduta como pessoa e profissional do Direito.

Por último, agradeço a família e a Deus por estarem sempre ao lado.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, José Carlos de Souza Braga; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e previdência**. São Paulo: Hucitec, 1981.

CECHIN, José *at all*. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva, 2008.

DIREITO, Carlos Alberto Menezes. **Por um novo Estado**. BDJur, Brasília, DF. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/9716>>. Acesso em: 5 de novembro de 2008

DOMINGUES FILHO, João Batista. **Planejamento governamental e democracia no Brasil**. Uberlândia: EDUFU, 2007.

DUBY, Georges. **Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos**. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

GOLDIM, José Roberto. **Eugenia**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eugenia.htm>>. Acesso em: 17 de Janeiro de 2009.

LEAL, Aurelino. **História constitucional do Brasil**. Ed.fac-similar. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2002.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1967.

MARTINS, Humberto Eustáquio Soares. **Saúde é vida**. BDJur, Brasília, DF. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/9155>>. Acesso em: 5 de novembro de 2008.

PACHECO E SILVA, Antonio Carlos. **Direito à saúde**. São Paulo: s.c.p., 1934.

PILETTI, Nelson. **História do Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1990.

PINTO, Márcio Alexandre da Silva. **Teoria Geral do Direito da Cidadania**, Tese de Doutorado, PUC-SP, 2003.

REGO, José Pereira. **Memória histórica das epidemias de febre-amarela e cholera-morbo que têm reinado no Brasil.** Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873.

REIS, Fábio Wanderley. Para pensar transições. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.30, jun.1991.

TOCQUEVILLE, Alexis. **A democracia na América.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1962.

WOLKMER, Antonio Carlos. **História do direito no Brasil.** Rio de Janeiro: Forense, 2008.