

A SAÚDE COMO DIREITO COLETIVO E TEMAS CORRELATOS: ASPECTOS SOBRE O HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

HEALTH AS A COLLECTIVE RIGHT AND RELATED TOPICS: ASPECTS OF CANCER HOSPITAL BARRETOS

Zaiden Geraige Neto¹

Jonatas Ribeiro Benevides²

RESUMO: No presente trabalho fazemos abordagem sobre algumas questões ligadas ao sistema de saúde brasileiro, com enfoque em questões político-econômicas, apontando alguns dos principais problemas do sistema de saúde brasileiro (público e privado), bem como algumas alternativas para enfrentá-los e superá-los. Também teceremos comentários sobre a experiência do Hospital de Câncer de Barretos, fundação de direito privado que atende 100% de pacientes pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e consegue oferecer medicina de altíssima qualidade à população carente, através de prevenção, combate ao câncer e desenvolvido centro de pesquisa, como a instalação de seu banco de tumores e do IRCAD (centro de referência em cirurgia laparoscópica à distância).

PALAVRAS-CHAVE: Direito Coletivo; Saúde; Igualdade Social; Problemas; Soluções

ABSTRACT: In the present paper we approach some issues related to the Brazilian health system, focusing on political and economic issues, pointing out some of the main problems of the Brazilian health (public and private) system as well as some alternatives to face them and overcoming them. Also we will weave comments about the experience of Barretos Cancer Hospital, a private foundation that meets 100% of patients by SUS (Unified Health System) and can provide the highest quality medicine to the needy population through prevention, fighting cancer and developed research facility, such as installing his tumor bank and IRCAD (referral center for laparoscopic surgery in the distance).

¹ Doutor e Mestre em Direito pela PUC/SP. Professor de Direito do Mestrado da UNAERP. Professor convidado do curso presencial de pós-graduação "lato sensu" em Direito Processual Civil da Faculdade de Direito da USP - Ribeirão Preto (FDRP/USP). MBA Executivo pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). Membro efetivo e Diretor de Relações Institucionais do IASP. Membro das Comissões de Processo Constitucional e Bioética do IASP. Membro efetivo do IAB (Instituto dos Advogados Brasileiros). Parecerista e consultor da revista do Conselho da Justiça Federal. Advogado.

² Mestrando em Direitos Coletivos e Cidadania pela Universidade de Ribeirão Preto/SP – UNAERP. Advogado.

KEYWORDS: Collective Right; Health; Social Equality; Problems; Solutions

INTRODUÇÃO

Não se pode olvidar inserir-se a saúde no rol dos direitos (interesses) de natureza metaindividual, isto é, que transcendem questões meramente individuais, particularizadas. A saúde é um tema que diz respeito e gera necessidades e consequências recíprocas a todos, indistintamente. Importa a cada um o cuidado com a saúde do seu vizinho, do seu empregado, do seu patrão, dos governantes, dos governados, dos alunos, dos professores, de toda a população, nacional e estrangeira, sem exceções e de forma irrestrita e sem ressalva.

O sistema de saúde a que se submete cada povo deve ter a coerência de interpretar as reais necessidades de seus usuários em consonância com o que é possível oferecer, sem desprezar as questões de ordem econômica que possibilitam e/ou atravancam a implementação das diretrizes basilares desse mecanismo.

Assim, não basta a expressa previsão da saúde como um direito (interesse) transindividual, seja na Constituição Federal ou em leis esparsas. Faz-se necessário, além da disposição no ordenamento jurídico material e a sua viabilidade processual (ações coletivas *lato sensu*), a efetivação dos mandamentos.

De nada adianta uma ordem judicial para cumprimento de determinada decisão se o sistema, empiricamente, não estiver aparelhado para cumprir a determinação do Poder Judiciário. E o que é pior, o cumprimento da decisão a qualquer custo contribui para o agravamento do problema verificado neste setor.

Nosso intuito, através do presente trabalho, é discorrer sobre algumas questões ligadas ao sistema de saúde brasileiro e, pontualmente, abordar a experiência do Hospital de Câncer de Barretos, fundação de direito privado que atende 100% de pacientes pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e consegue oferecer medicina de altíssima qualidade à população carente, através de prevenção, combate ao câncer e desenvolvido centro de pesquisa, como a instalação de seu banco de tumores e do IRCAD, reconhecido mundialmente como um centro de referência de cirurgia laparoscópica, inclusive à distância, através da utilização da robótica.

Sediado em Estrasburgo, na França, o centro escolheu a cidade de Barretos, no Estado de São Paulo, para estender suas atividades pelo mundo, diante do reconhecimento da capacidade e qualidade dos serviços do Hospital de Câncer e, principalmente, em razão de

direcionar seu trabalho à população carente. O que se diz é que no Hospital de Câncer de Barretos o pobre é tratado como são os ricos nos grandes e renomados hospitais do país.

1 ALGUNS DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO (PÚBLICO E PRIVADO), BEM COMO ALGUMAS ALTERNATIVAS PARA ENFRENTÁ-LOS E SUPERÁ-LOS

Antes que listemos alguns dos problemas verificados no atual sistema de saúde brasileiro, faz-se necessária uma breve síntese histórica sobre o modelo adotado, partindo da década de 60, período em que se verificou uma forte tendência à expansão de cobertura do sistema de saúde no Brasil.

Não há dúvidas de que no Brasil sempre houve uma insistente e insensata cultura governamental de se tentar estabelecer, sem critérios razoáveis, políticas baseadas no *avanço* da legislação social, elevando os benefícios franqueados pelo Estado ao cidadão (o chamado *Welfare state*), adotando modelos pretensamente assistencialistas, sem, contudo, sequer preocupar-se com a forma de financiamento do setor de saúde, como se estivéssemos vivendo em algum país extremamente desenvolvido e com situação de políticas, social e econômica, totalmente diferentes. Ainda na década de 60 houve a unificação dos IAP's ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), incorporando-se, para efeito de assistência médica, a prestação do serviço a todos os trabalhadores com carteira assinada, sem desprezar os autônomos que entendessem por contribuir para a previdência social.

Já no final da década de 70 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (INAMPS), na qualidade de órgão responsável pela prestação da assistência no setor, incluindo-se toda a população dependente de trabalhadores formais.

Com efeito, a partir dos anos 70 e 80, culminando-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a instituição do SUS – Sistema Único de Saúde, a cultura desorganizada do *Welfare state* passou a ser definitivamente adotada, ampliando-se a cobertura a todos os segmentos sociais, inclusive não-contribuintes, tais como os trabalhadores rurais e os indigentes.

Infelizmente nossos governantes não absorveram a cultura de fazer o possível e o prudente, preferindo gerar aparências de efetividade, sem preocupar-se com os meios, ou seja, os instrumentos imprescindíveis à boa gestão do sistema. É claro que todos gostaríamos que fosse aplicada na plenitude a regra do artigo 196 da CF/88, segundo a qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Entretanto, denota-se do próprio texto legal acima transcrito que o legislador instituiu um sistema de universalização, integralidade e equidade, não declinando, em profundidade, quais seriam as tais políticas sociais e econômicas mencionadas, aceitando uma rápida e descontrolada absorção de beneficiários pelo sistema de previdência social, ampliando e até ilimitando direitos sem, contudo, verificar-se a contrapartida de contribuições (recursos), gerando, assim, um verdadeiro descompasso entre a oferta e a demanda por seus serviços.

Infere-se, facilmente, que um dos grandes problemas é aquele relativo ao financiamento do setor da saúde, gerando um déficit de progressão geométrica ao sistema, o que resultou, dentre outros fatores, na aceleração do processo de mudança do regime de capitalização para o de repartição (onde o trabalhador de hoje paga a aposentadoria do trabalhador de ontem, no pressuposto de que o de amanhã pagará a aposentadoria do de hoje), o que, considerando a mudança do perfil do emprego e a elevação da expectativa de vida da população, contribui cada vez mais para o incremento do déficit da Previdência e do Setor Público.

É claro que, diante de tal quadro, acentuou-se a tendência em se instalarem os chamados sistemas privados de medicina supletiva que, por sua vez, também passaram a sofrer forte abalo em sua estrutura econômico-financeira, por diferenciadas razões, mas, principalmente, pela situação do próprio cenário econômico do País, além da sistemática intervencionista do Estado, através de vários órgãos reguladores e a implementação de diversificada e restritiva legislação, como a promulgação da Lei nº 9656/98.

Mas, as previsões legais de cumprimento de determinadas regras não se resumem à necessidade de apresentação de balanços e até à possibilidade de intervenção. Vão mais além, pois, somadas à lei específica citada, as relações no campo da saúde também são reguladas pelo Código Brasileiro de Defesa do Consumidor e pelo atual Código Civil. Ambos os diplomas têm natureza extremamente consumerista, ampliando e garantindo direitos, em detrimento de se considerar o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras que, na verdade e em última análise, existem como empresas e, como tais, têm o objetivo de obter lucros.

Mas foi a própria CF/88 que definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isto deveria ocorrer conjugando-se três condições: a) a celebração do contrato conforme as normas de direito público; b) a instituição privada estar em consonância com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; c) a integração dos serviços privados em harmonia lógica com o SUS, no que diz respeito à

posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. E, naturalmente, dentre os serviços privados, devem ter preferência os chamados não lucrativos (hospitais filantrópicos e Santas Casas).

Ocorre que, não obstante a previsão legal, a assistência à saúde prestada pelo setor privado não é vista como de natureza complementar, passando a existir, assim, na prática, dois tipos diferentes de sistemas, fato que, naturalmente, gera a não priorização do setor da saúde pelos governantes.

O professor Cláudio da Rocha Miranda (2008) teve a oportunidade de externar seu posicionamento quanto ao tratamento dispensado pelo atual ao governo ao sistema de saúde, conforme texto abaixo transcrito:

A discussão em torno desse tema é apenas uma fumaça para que o governo não tenha de explicar o que é realmente público, o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria atender a maioria da população', diz o especialista. Segundo ele, este é mais um problema a ser creditado ao Governo que "estrategicamente" resolveu transformar em público o que deveria ser somente privado (os planos de saúde), sem se empenhar em tornar viável o que é público efetivamente, que é o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde pública no Brasil interessa apenas aos pobres, aos políticos quando estão em campanha - e aos funcionários públicos sérios, da saúde. Não fosse isso verdade, certamente, a saúde pública não estaria do jeito que está até mesmo nesse governo representante de um partido que tinha como principal plataforma as políticas sociais, especialmente, a saúde', disse Rocha Miranda. 'Mas como os 20% atendidos pelos planos de saúde são os de maior poder aquisitivo, são mais atentos a seus direitos e, principalmente, são formadores de opinião. Por tudo isso, é que eles têm mais atenção do governo.

Mas, já é possível notar que os problemas existentes no sistema de saúde brasileiro são afetos ao setor como um todo, não podendo haver diferenciação dicotômica entre público e privado. Por exemplo, a população brasileira envelhecendo de forma acelerada, gera um acúmulo desumano de prestação de serviços ao setor como um todo, não somente porque vivendo mais ficarão mais tempo se utilizando dos serviços, mas, também, porque as doenças também passam a ter uma maior incidência. E o sistema ainda não dispõe de material humano e físico para a boa prestação do serviço, notadamente em razão de outro problema, que diz respeito à má remuneração dos profissionais de saúde.

Ocorre que, aliado a estes vários fatores e problemas já elencados, ainda é possível identificar que a saúde no Brasil não é tratada de forma preventiva, através de boa e eficaz informação, além de diversos fatores típicos de um País ainda não desenvolvido, como a inadequada e, às vezes, até ausente implementação de saneamento básico.

Enfim, poderíamos discorrer longamente sobre vários problemas verificados no atual sistema de saúde brasileiro, mas é importante que não nos percamos em ter sempre bem definido que existe um dilema ético em se oferecer saúde para todos, sem que esqueçamos

que a gestão tem custos, e o grande desafio é oferecer um serviço de qualidade, reduzindo tais custos, melhor remunerando os profissionais, melhor adaptando as instalações físicas, além da necessária difusão e descentralização do sistema por todo o Brasil.

De nada adiantará criar alternativas para a crise no setor, elencando soluções que contrariem o ordenamento jurídico vigente, pois, a legislação que vigora deve ser respeitada dentro de um Estado Democrático de Direito e, havendo previsão expressa em vários textos legais, inclusive na própria Constituição Federal, os gestores da saúde têm que, primeiramente, definir se é possível lutar para a solução dos problemas ínsitos ao sistema considerando as regras legais em vigor ou não.

Pois, sendo a resposta negativa, antes de qualquer atitude drástica, faz-se necessária uma urgente adaptação legislativa, que passa, naturalmente, pelo Congresso Nacional. É claro que, paralelamente a isto, o governo deve adotar políticas que, efetivamente, façam cumprir o papel acentuado pelo artigo 196 da CF/88, deixando sair da abstração um verdadeiro plano de descentralização.

Mas, não há dúvidas de que o sistema somente conseguirá melhorar se a própria economia brasileira, como um todo, também prosperar, pois, como é cediço, o caos, apesar de ter fatores intrínsecos, também se instalou devido ao histórico desequilíbrio econômico-financeiro do próprio País. Considerando fatores mais ligados à chamada medicina privada, mas também de forma geral, importante que destaquemos caminhos interessantes, propostos pelo professor Cláudio da Rocha Miranda (2008), em texto já mencionado neste trabalho. Quais sejam:

No Plano Micro (segmento e operadora): a) redefinir o conceito de rede de prestadores, através de sua redução e do estímulo às parcerias e à rede própria; b) alterar a forma de pagamento ao credenciado (*fee for service*); c) criação urgente de critérios rígidos de protocolos de utilização e de introdução de novos procedimentos médicos, elaborados em conjunto com as Associações e Sociedades Médicas e as Sociedades Científicas; d) Estimular o *marketing* positivo junto ao usuário, ou seja, o *marketing* da prevenção e não o da utilização. No Plano Macro – Institucional (segmento, MS e ANS): a) discutir os papéis do Estado e da iniciativa privada em saúde; b) redefinir junto à ANS a política de reajustes; c) criar regras para a flexibilização das coberturas e a oferta de novos planos; d) revisão da regulamentação a partir do viés econômico-financeiro e não mais o do consumidor; e) promoção de campanha institucional, buscando a melhoria da imagem do setor junto à sociedade em geral, e ao consumidor, em particular.

Vale ainda transcrever posicionamento de André Cezar Médici (2011), com o seguinte teor:

As reformas apontam cada vez mais para a descentralização, com aumento de autonomia dos Estados e Municípios na montagem de estruturas de prestação de serviços de saúde adequadas a cada realidade. As mudanças também apontam para a necessidade de definir prioridades de saúde que permitam equacionar os grandes problemas da população, ao lado da implantação de sistemas de informação que tornem mais transparentes os resultados obtidos e os gastos necessários para alcançá-los. Boa parte dos hospitais públicos e privados no Brasil carecem de sistemas de informação que permitam obter dados financeiros e contábeis sobre custos dos principais procedimentos. As reformas ainda devem estar baseadas em novos mecanismos de administração e gerenciamento, que permitam maior autonomia aos hospitais e redes de serviços de saúde na gestão de pessoal e na organização da oferta para suprir as necessidades de cada região. O Ministério da Saúde e o governo federal – em parceria com os Estados e Municípios – encontram-se em permanente busca de novas definições que permitam ao sistema de saúde brasileiro ganhar mais eficiência e alcançar os objetivos de cobertura e equidade. O principal desafio é administrar adequadamente os escassos recursos disponíveis para que possam suprir necessidades e carências, especialmente dos segmentos mais pobres da população.

Analisada a problemática que envolve sistema de saúde brasileiro (público e privado), passaremos agora ao exame dos pontos que merecem ser analisados com bastante acuidade, referentes ao funcionamento de um hospital no dia a dia de uma operadora de saúde.

2 SOB O PONTO DE VISTA GERENCIAL, OS PRINCIPAIS ASPECTOS QUE DEVEM SER TRATADOS COM ATENÇÃO, NO DIA A DIA DE UMA OPERADORA DE SAÚDE PARA O MELHOR FUNCIONAMENTO DE UM HOSPITAL

Tentaremos sintetizar a presente digressão, mas não nos esquecendo de analisar os aspectos que devem ser tratados com atenção não somente pelas operadoras de saúde. Importante que ressaltamos premissas imprescindíveis à boa rotina de um hospital, através da observância de regras também pelo próprio hospital, em si, e pelas pessoas que mais diretamente compõem este dia-a-dia.

Sempre cientes de que - pelo menos tal como se concebe - estamos vivendo sob a égide de um Estado Democrático de Direito, com independência harmônica de poderes (art. 2º, CF/88), cabe-nos conduzir nossas vidas sempre em observância ao princípio da legalidade (art. 5º, II, CF/88). Mesmo porque há vedação penal expressa de se fazer justiça com as próprias mãos, uma vez que é atribuição típica do Estado regulamentar as condutas sociais, através da promulgação de normas e, no caso concreto, aplicação das mesmas para a solução de eventuais conflitos que advenham.

Partindo do pressuposto acima esboçado, visando o melhor funcionamento de um hospital, uma operadora de saúde deve ter sempre atualizado o conhecimento (=cognição) de todas as normas reguladoras da área, incluindo as normatizações genéricas e específicas, as regulamentações, portarias, decretos, não somente decorrentes de órgãos como o SUS (público) e a ANS (suplementar), mas do ordenamento jurídico pátrio como um todo. Mas, não basta que as pessoas integrantes da operadora de saúde tenham somente o conhecimento. Ao tê-lo e mantê-lo atualizado, tais pessoas devem saber utilizá-lo na interação com todas as outras pessoas que compõem a comunidade de saúde, incluindo autoridades, outros funcionários, pacientes, usuários, profissionais dos diversos setores etc. (=habilidades + atitude).

Sem dissuadir-nos do tema central, mas aproveitando o ensejo, acreditamos que os dirigentes de uma operadora de saúde devem ter em mente, também, uma visão dinâmica da sociedade onde atuam, para que não se percam no comodismo e obsolescência típicos da inadequação e do retrocesso. Extremamente oportuno que citeamos o exemplo de Bob Iger, que assumiu a presidência da Disney em outubro de 2005, tendo sofrido um forte processo de disputa interna até alcançar seu objetivo. Durante entrevista divulgada pela revista *Veja*, de 29 de março de 2006, o empresário lapidou uma frase que deve, a nosso ver, ser observada pelos dirigentes das operadoras de saúde, senão veja-se:

É importante respeitar o passado, mas não reverenciá-lo. O segredo está em apreciar o legado de quem criou uma empresa, entender quais foram os ingredientes cruciais para o sucesso e carregá-los para o futuro, sem permitir que sejam obstáculo à transformação. (Graieb, 2006:15)

A importância de haver tal observância decorre não somente da necessidade de existir uma adequada e satisfatória prestação dos serviços, mas, também, do fato de que o ordenamento jurídico prevê sanções, das mais variadas possíveis, para o descumprimento de regras estabelecidas ao sistema. O direito brasileiro prevê, por exemplo, que a conduta culposa de um funcionário (=preposto) acarreta punição jurídica para o patrão. Pode até parecer exagero, mas não é. Por exemplo, o equivocado preenchimento de um prontuário médico (apesar de não ser o caso concreto da operadora) poderá gerar extrema dificuldade para o hospital no caso de uma possível defesa judicial. Assim como esta, são várias as hipóteses cabíveis.

A falta de adequação do hospital (ou com vinculação direta com a operadora, para tratar da questão específica) a determinadas situações exigidas poderá privá-lo do recebimento de várias vantagens e repasses financeiros, não somente de órgãos governamentais, como,

também, do próprio setor privado, no caso de pretendida doação. Exemplo que está sendo muito utilizado ultimamente diz respeito à obtenção do chamado sistema 0500 de doação, regulado pela ANATEL. Caso a instituição esteja em atraso com uma de suas obrigações legais, não conseguindo, assim, a expedição de determinada certidão, a agência (ANATEL) não poderá liberar a pretendida outorga. Suponha-se, assim, que o setor financeiro-contábil, apesar de equilibrado, *se esqueça* de promover o recolhimento de determinado tributo. Por menor que seja o valor, estará penalizando brutalmente toda uma instituição, que não poderá fazer jus à benesse governamental.

Importante salientar que a tendência atual indica para forte implementação de política de humanização da assistência hospitalar, que deve, também, ser considerada pelas operadoras. Estudos científicos revelam, cada vez mais, que a relação humanizada entre clientela e equipe de saúde gera benéfica influência na boa evolução de determinado tratamento, além da natural satisfação, de ordem recíproca.

Cristina Boaretto (Boaretto, 2004) teve a oportunidade de abordar sobre o tema da seguinte forma:

[...] A equipe tem papel importante e deve saber lidar com as emoções, adquirir sensibilidade e capacidade de escuta, incorporando a dimensão subjetiva e social do paciente, tomando em conta sua percepção sobre a doença e sua experiência de vida, ajudando a reduzir medos e ansiedades e dando o suporte emocional necessário, um instrumento terapêutico valioso [...]. Algumas medidas são fundamentais, como a publicação de normas e portarias, que dão o suporte legal para que algumas práticas se concretizem [...] é necessário transformar as atuais práticas institucionais impessoais e discriminatórias, incorporando novos conceitos e atitudes, que valorizem os componentes culturais da clientela.

Vale destacar, também na mesma linha, parte de texto publicado por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Emerson Elias Merhy (2003), cuidando do assunto da integralidade no setor como um todo, inobstante não tratar, especificamente, das operadoras:

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no Hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do Hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do Hospital.

Salientemos, ainda, que as operadoras de saúde, além dos diversos fatores já elencados no texto acima, visando manter a operacionalidade diária de um hospital, não podem deixar de conhecer, interpretar e aplicar de forma constante as mais diversas normas existentes no setor, tais como regras internas e projetadas do SUS e da ANS, regulamentos, portarias, decretos, além da legislação mais ampla, como a Constituição Federal de 1988, o atual Código Civil, o Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, a Lei nº 8080/90 e a Lei nº 9656/98.

3 AS POLÍTICAS ECONÔMICAS VOLTADAS PARA O CRESCIMENTO DA ECONOMIA DO PAÍS, SEUS ASPECTOS SOCIAIS E SUA EFETIVIDADE

Em qualquer aula básica de filosofia aprendemos a diferença existente entre um raciocínio silogístico puro e um raciocínio baseado no silogismo sofístico do aristotelismo (sofisma/falácia). Sabemos, assim, que, havendo duas premissas plausíveis, será possível atingir-se a conclusão, através do método dedutivo (lógica). Por outro lado, através do sofisma, apesar do enunciado ou raciocínio ser falso, ele pretende simular a veracidade, aparentando verossimilhança.

Mas, qual a relação da análise acima com a proposta formulada pela pergunta relativa às políticas sociais e econômicas aludidas?

Não obstante não sejamos *experts* em ciências políticas ou econômicas, ousamos ponderar, desde já, que há governos que nos passam a impressão de terem formulado enunciados (premissas) de natureza social e também econômica que, na verdade, sempre tiveram o objetivo de atingir uma conclusão meramente política, o que nos leva a inafastável inferência da prática do silogismo sofístico.

Para que tentemos demonstrar tal situação, necessário que façamos uma breve e conjugada análise das políticas, monetária, fiscal e cambial já verificadas no País.

Ninguém discorda que a carga tributária do Brasil é uma das maiores e, muito parecida, aliás, com a maioria das dos países ricos do mundo, com tradição no *Welfare state* (assistencialismo). O problema é que o Brasil não integra (no sentido distributivo e real) a parcela de países ricos do globo. Isto é, tem carga tributária de país rico, mas, definitivamente, talvez seja apenas um país em desenvolvimento.

Pior do que isto, a famigerada tributação brasileira, que deveria financiar os gastos do Estado, distribuir renda e promover o desenvolvimento econômico setorial e/ou regional, na verdade, nem sempre é revertida à população, ou quando muito é mal aplicada, através de

serviços estatais inexistentes ou precários. A composição tributária no Brasil, mais especificamente de impostos, é observada com uma grande incidência de impostos indiretos, que oneram os custos de produção, diminuindo a capacidade de competição internacional e repassando ao consumidor local final toda a carga antes suportada durante o processo.

Não temos a mínima pretensão de estabelecermos a verdade absoluta, até porque não teríamos a capacidade necessária. Na verdade, as nuances e variáveis que atingem os fatos são tantas que não raro observamos uma *briga intelectual* constante entre *escolas de economia*, que, representadas por personalidades históricas da área, tentam impor sua teoria a serviço do País. Admiramos e respeitamos quando referida tentativa de imposição é sincera, verdadeira, científica. Contudo, o que não podemos admitir é o uso da ciência em prol de projetos políticos, não no sentido nobre da palavra, mas no mais pejorativo possível. O que não devemos aceitar é o estabelecimento de premissas falsas para esconder a verdade e manter a ilusão a qualquer custo.

Veja-se a eterna discussão entre monetaristas e desenvolvimentistas. No campo teórico sincero, a *peleja intelectual* deve ser aplaudida. No momento, o que será melhor para o País? A quantidade de circulação de moeda é um fator determinante para o nível de emprego, de consumo e estabelecimento de preços? Sendo afirmativa a resposta, é necessário regular com severidade a emissão de moedas, visando frear eventual processo inflacionário?

A história demonstra, por outro lado, que um dos períodos em que houve maior desenvolvimento (leia-se principalmente físico) foi no governo de JK, quando, inclusive, atingiu-se o maior valor real do salário mínimo (1036,1). Sabe-se, contudo, que referido governo causou uma enorme emissão de moedas e títulos públicos, gerando um forte processo inflacionário. Há quem diga, inclusive, que grande parte do perfil desenvolvimentista da era JK foi custeado com recursos da previdência social.

Nota-se que ambas as políticas, monetarista e desenvolvimentista, têm o seu valor científico. A questão, a nosso ver, não é integrar ou seguir determinada corrente da literatura econômica, mas perguntar-se, sempre, qual será a consequência, principalmente social, da adoção desta ou daquela política econômica. À custa do que o Brasil irá desenvolver-se? À custa do que o País equilibrará suas finanças?

Não se pode aderir a um discurso de campanha e depois, já eleito, mudar totalmente o pensamento. É claro que admiramos aqueles que mudam de opinião, pois, como diz o adágio popular, só os loucos e os tolos não o fazem. Contudo, não podemos respeitar aqueles que afirmam algo conscientes de que estão formulando uma falácia, um sofisma, para atingir o objetivo eleitoral e depois *mudar de opinião*. O salário mínimo, por exemplo. Houve político

então de oposição que afirmava em 1998 que o salário mínimo deveria ser de R\$1.100,00. Quando no poder já achava uma imprudência aumentá-lo em demasia. Realmente, de nada adianta aumentar sem critérios o salário mínimo, se o governo não possibilitar um crescimento do setor produtivo, um fortalecimento das empresas nacionais, pois, caso contrário, haverá uma crise social severa, ocasionada por demissões em massa. Isso sem contar com o aumento de desequilíbrio da previdência social.

O Brasil é campeão mundial em taxas reais de juros, atingindo altos índices. Mas a média dos países desenvolvidos historicamente gira em torno de 0,2% e dos países chamados emergentes 2,1%. Havendo uma elevação da dívida, do déficit público, não há dúvidas de que não é possível conter a elevação da taxa de juros e, por conseguinte, a natural redução de investimentos produtivos, isto é, de riqueza.

Dizer que o real está valorizado, o dólar e o Risco-País em baixa, a bolsa em alta e que o IGPM variou a quase zero em períodos como no ano de 2005, definitivamente, não significa dizer que o Brasil vai bem. Porque, conforme já dito, a pergunta que deve ser feita é a seguinte: à custa do que e a serviço de quem foi maquiada a situação ventilada?

Infelizmente, o Brasil nos lembra aquele rapaz de 40 anos, aparência de 70, analfabeto, sem dentes, desidratado, com anemia, com cirrose, mas que se orgulha de terem lhe sobrados 10 reais no final do mês. Com todo o respeito, quem pode, em sã consciência, orgulhar-se de obter superávit primário com o assustador déficit social existente neste País?! E, pior que não gastar é gastar mal, é gastar errado.

Vejamos um exemplo da área de saúde, reproduzindo dados colhidos por Miriam Leitão(Leitão, 2005, p. 24), com os seguintes dizeres:

O grande mistério é: por que o gasto público é tão ineficiente? O Brasil gasta dez vezes mais que a Índia e cinco vezes mais que a China per capita na área da saúde, segundo comparações feitas pelo Banco Mundial. Tem indicadores sociais bem melhores do que a Índia, mas tem a mesma mortalidade infantil e a mesma expectativa de vida que a China. O que significa que o gasto de saúde no Brasil é muito mais ineficiente do que o de lá.

Segundo notícia divulgada pela Folha de São Paulo, da edição do dia 23 de março de 2006, Caderno 8, p. 1, portanto, já naquela época um estudo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) revelou que

metade dos miseráveis do País não é atendida por programas sociais de transferência de renda, como o Bolsa Família. O trabalho, feito a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2004, mostra que só 50,3% das famílias com renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (R\$ 65 em 2004) recebiam benefícios. Da população, 21,4% (39 milhões) eram beneficiados em 2004. Dos 8 milhões de famílias atendidas, apenas 1,1% ganhava mais de dois mínimos (R\$ 520) per capita.

Já no primeiro ano do governo anterior houve um corte de gasto com saneamento da ordem de 60,7%, e, do que sobrou menos de 1% foi efetivado. E, no terceiro ano daquele governo houve uma drástica redução no orçamento da saúde.

Na verdade, a nosso ver parece que se adotou a política social *do prefiro fingir que dou o peixe, a ensinar a pescar*. Com certeza isso dá mais voto! As aparências ainda mandam muito por aqui e os governos investem muito em propaganda institucional. Ou seria propaganda eleitoral? A verdade é que as políticas sociais, aliadas à luta pelo modelo econômico adotado, a nosso ver, são as falsas premissas aludidas no início deste ensaio, que conduzem à conclusão de estarem trabalhando em prol de um projeto político de sustentação no poder.

O desmando foi institucionalizado. A ordem jurídica sempre foi agredida. O artigo 2º da CF/88, que prevê a separação harmônica dos poderes (executivo, legislativo e judiciário), parece que não existe mais. Magistrado age politicamente, executivo edita normas e legislativo negocia a governabilidade.

A Constituição da República, as leis eleitorais e a Lei 8.666/93 (licitações) parecem simplesmente não existir. Conforme já aconteceu nesse país, como é possível lançar um pacote emergencial caríssimo para a reconstrução de estradas no País, às vésperas de uma eleição e, o que é pior, sem licitação?! Nada mais pueril do que o argumento da emergência. Todos nós sabemos que a situação de emergência não é atual. Ou será que ela surgiu exatamente no momento de uma eleição?

Voltando ao campo dos direitos sociais, conforme notícia divulgada pela Revista Consultor Jurídico, edição do dia 25/03/06, foi lançado um pacote, cuja meta principal seria a de fechar as contas da Previdência em 2005 e 2006, que tem apresentado déficits de, respectivamente, R\$32 bilhões e R\$24 bilhões. Só que, ...para tanto, um dos alvos que se pretendia atacar é o da concessão do benefício previdenciário 'auxílio-doença', que, segundo se alega, só em 2001 custou ao erário R\$ 2,1 bilhões, por benefícios concedidos a trabalhadores que adoeceram, sem justificativa plausível....

O fato que importa a todos nós, brasileiros, é que a política seja instrumento de programas sociais e econômicos legítimos, verdadeiros, que visem à efetiva melhoria da situação do País. Se possível estabelecer um *meio termo* entre monetaristas e desenvolvimentistas melhor ainda. Entendemos que modelos econômicos existem na experiência de todo o mundo, cada qual com suas peculiaridades, êxitos e fracassos.

Sabemos, desde a época da célebre frase do General De Gaulle, que o Brasil não é considerado um País sério. Isso tem que mudar efetivamente, pois, no mundo globalizado em que vivemos, a credibilidade é o grande diferencial.

O Banco Mundial já divulgou dados, segundo os quais as grandes restrições aos planos de investimento no Brasil, de acordo com o setor empresarial, são as seguintes: a) carga tributária; b) incerteza quanto a política governamental; c) crédito; d) corrupção; e) custos trabalhistas; f) crime; g) falta de qualificação de mão-de-obra; h) ineficiência da Justiça; i) eletricidade.

Sabemos, também, que além dos problemas acima elencados, o empresariado estrangeiro ainda vê fortes barreiras para fazer negócios no Brasil, em razão do atraso na solução de problemas regulatórios, competição desleal com empresas que atuam na informalidade e expectativa baixa de crescimento e de ganhos.

4 A EXPERIÊNCIA SOBRE O HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS: SUA HISTÓRIA³

A Fundação Pio XII, instituição de natureza jurídica privada, beneficente e filantrópica, com decretos de utilidade pública (municipal, estadual e federal), foi instituída em 27 de novembro de 1967, e, conforme memorando 234, de 21 de maio de 1968, assinado pelo Dr. Décio Pacheco Pedroso, diretor do então INPS, passou a atender pacientes portadores de câncer.

Um pequeno hospital que contava com apenas quatro médicos: Dr. Paulo Prata, Dra. Scylla Duarte Prata, Dr. Miguel Gonçalves e Dr. Domingos Boldrini. Médicos que trabalhavam em tempo integral, dedicação exclusiva das pessoas jurídicas contratadas (que podem indicar seus profissionais) e caixa único, modelo adotado pela instituição até os dias atuais.

A procura pelos serviços da instituição cresceu rapidamente e o pequeno hospital São Judas Tadeu não comportava mais todo o crescimento. Dr. Paulo Prata, idealizador e fundador da instituição, recebeu a doação de uma área na periferia da cidade e propôs a construção de um novo hospital.

No ano de 1989, Henrique Duarte Prata, filho do casal de médicos fundadores do hospital, abraça a idéia do pai e com a ajuda de pecuaristas constitui a primeira parte do

³ Para maiores detalhes sobre a história completa do Hospital de Câncer de Barretos/SP, sugerimos a agradável leitura do livro de Prata, 2012.

projeto: o pavilhão Antenor Duarte Villela, onde funciona o ambulatório, tendo sido inaugurado em 6 de dezembro de 1991.

O projeto atingiu grandes proporções com a ajuda da comunidade, de artistas, da iniciativa privada e com a participação financeira governamental, propiciando a expansão da estrutura física, totalizando quase 100.000 metros quadrados de área construída somando-se todas as unidades.

Uma maneira que o hospital encontrou de homenagear aqueles que contribuem com a causa do paciente de câncer é colocar nos pavilhões os nomes dos artistas ou eventuais doadores.

Seguem alguns dados aproximados do Hospital de Câncer de Barretos em 2014 e outros anos: mais de 3.500 atendimentos/dia, 100% dos atendimentos via SUS, 1500 municípios atendidos em 27 estados brasileiros, déficit mensal acima de R\$ 6 milhões, 12.000 refeições diárias, 13 alojamentos com capacidade para 650 pessoas (pacientes e acompanhantes), sendo dois infantis, 609.945 atendimentos para 106.734 pacientes em 2010, várias unidades móveis de prevenção percorreram cerca de 400.000km pelas estradas do país realizando exames preventivos de mama, pele, próstata e colo uterino em toda população, 3.500 colaboradores e quase 400 médicos que trabalham em tempo integral e dedicação exclusiva, através de suas pessoas jurídicas, que podem indicar o profissional.

Além disso, há várias outras unidades, em outras cidades de São Paulo e em outros estados, além da gestão dos AME - Ambulatório Médico de Especialidades, clínico e cirúrgico, da região de Barretos/SP. Também foram inauguradas filiais em Porto Velho/RO, Jales/SP, Fernandópolis/SP, Campo Grande/MS, Juazeiro/BA, sem se falar no Hospital Infantil em Barretos/SP, para tratamento oncológico, totalmente baseado na filosofia empírica buscada em seu parceiro do estado de Memphis (EUA), o *Saint Judes*, demonstrando um altíssimo índice de cura e tratamento completamente diferenciado quando separado de pacientes adultos.

5 O BANCO DE TUMORES E O IRCAD

Outro tema que merece destaque no Hospital de Câncer de Barretos é o Banco de Tumores, tamanha sua importância não só no meio científico, mas, sobretudo por sua natureza difusa, interessando à humanidade como um todo, notadamente por ser um verdadeiro depósito de material biológico que pode ser utilizado para as mais diversas pesquisas, sempre

visando o combate e a prevenção ao câncer e com atenção aos princípios ético-legais que norteiam a matéria.

O assunto ainda padece de regulamentação legal mais apropriada e abrangente, sendo certo que qualquer instituição habilitada para implementar um banco de tumores deve colher um termo de consentimento, livre e esclarecido do paciente, em que fique claro qual o objetivo da utilização daquele material biológico e/ou tumor, relacionado à enfermidade oncológica.

É cediço que não se pode falar em propriedade de tais amostras, mas apenas em cessão do material, nomeando-se determinada instituição como depositária. Efetivado o banco, que pode ser implementado em parceria acadêmico-científica, sendo salutar sua utilização comum por diversos centros de pesquisa, há também a necessidade de formação de um comitê que gerencie a dinâmica do banco. Referido comitê ficará sempre submetido aos critérios estabelecidos pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da instituição depositária, que não deverá ser composto por membros de outra instituição, mesmo que seja o parceiro na criação do banco. A última palavra será do CEP que, por sua vez, fica submetido ao CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Conforme informado, a matéria ainda padece de regulamentação legal mais sólida e clara. Além de resoluções governamentais (CNS, CONEP, ANVISA, Ministério da Saúde) e um ou outro caso, os operadores do direito devem se socorrer dos seguintes diplomas, numa eventual discussão sobre o tema: Tratado de Helsinque, Códigos de Ética dos envolvidos na manutenção e utilização do banco, regimentos internos dos comitês e, principalmente, caminhar sempre sob a égide do princípio da dignidade da pessoa humana, insculpido no artigo 1º, III, da Constituição da República.

Alexandre de Moraes (2006, p. 128-129) pondera que

a dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral inerente a pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que apenas excepcionalmente possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

No Hospital de Câncer de Barretos, além de banco em parceria, há um banco de tumores próprio, criado e mantido somente pelo hospital e que em meados de 2011 continha aproximadamente 60 mil amostras de tecido biológico e sangue de aproximadamente 13.500 pacientes naquela época, números esses que o tornam o maior banco de tumores da América latina. Essa grande quantidade de amostras é grande fonte de geração de pesquisas.

Trata-se de uma enorme riqueza. Não sob o ponto de vista financeiro. Não se trata disso. Trata-se de um tesouro científico. Em razão da humanização do tratamento gratuito que é oferecido pelo hospital à população pobre, são raríssimos os casos de recusa de algum paciente para depósito do tecido no banco de tumores. Além disso, há uma variedade incrível de tumores, alguns comuns e outros extremamente raros, o que os torna fonte de cobiça de pesquisadores e instituições de todo o mundo.

O que torna o Banco de tumores ainda mais interessante cientificamente é que o Hospital de Câncer de Barretos tem um registro de Câncer Hospitalar muito organizado, com busca ativa dos pacientes abstêmios, conseguindo com isso dados de seguimento clínico de aproximadamente 95% dos pacientes. Essa informação é crucial, uma vez que de nada serve ter acesso ao material biológico e não conseguir verificar a associação das informações genéticas e expressões proteicas do tecido ou dos fluidos biológicos com o tipo de terapia aplicada e a resposta obtida.

O grande desafio é tratar com harmonia a investigação científica com os princípios bioéticos necessários e inerentes à própria pessoa humana. Por esse motivo todos os projetos têm que ser aprovados pelo CEP e pelo CRAMMB (Comitê para Regulamentação do Armazenamento e Manipulação de Material Biológico), que julga não a questão ética da pesquisa, mas sim a disponibilidade de amostras requeridas no determinado projeto de pesquisa e também a relevância da pesquisa, evitando assim o uso de amostras raras em um trabalho que tem um pequeno potencial em gerar resultados de grande impacto para a ciência.

Com essa ótima infra-estrutura organizacional, vários pesquisadores de instituições internacionais têm procurado o Hospital de Câncer de Barretos para realizarem pesquisas em conjunto, o que proporciona transferência de conhecimento e tecnologia.

No mês de julho de 2011 foi inaugurado o IRCAD (*Institut de Recherche contre les Cancers de l'Appareil Digestif*), reconhecido mundialmente como um centro de referência de cirurgia laparoscópica e minimamente invasiva, inclusive à distância, através da utilização da robótica. Sediado em Estrasburgo, na França, com uma filial em Taiwan, o centro escolheu a cidade de Barretos, no Estado de São Paulo, para estender suas atividades na América latina, diante do reconhecimento da capacidade e qualidade dos serviços do Hospital de Câncer e, principalmente, em razão de direcionar seu trabalho à população carente. O que se diz é que no Hospital de Câncer de Barretos o pobre é tratado como são os ricos nos grandes e renomados hospitais do país.

Segundo Andrea Goldschmidt (2006), ao abordar sobre o tema da análise SWOT⁴, relativa às forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, é possível dizer sobre o ambiente interno (forças e fraquezas) o seguinte:

Uma coisa é perceber que o ambiente externo está mudando, outra, é ter competência para adaptar-se a estas mudanças (aproveitando as oportunidades e/ou enfrentando as ameaças). Da mesma maneira que ocorre em relação ao ambiente externo, o ambiente interno deve ser monitorado permanentemente.

Essa é a grande virtude do Hospital de Câncer de Barretos, pois sabe monitorar as variáveis necessárias, como capacidade de atendimento, demanda pelos serviços prestados, satisfação do público alvo com o atendimento, crescimento do número de contribuintes, nível de renovações das contribuições, credibilidade com transparência, dedicação dos funcionários, capacidade de gestão das lideranças da organização, flexibilidade da organização, etc.

Cumprir trazer à memória que

Se conhecemos o inimigo (ambiente externo) e a nós mesmos (ambiente interno), não precisamos temer o resultado de uma centena de combates. Se nos conhecemos, mas não ao inimigo, para cada vitória sofreremos uma derrota. Se não nos conhecemos nem ao inimigo, sucumbiremos em todas as batalhas. (Sun Tzu, 2000)

O exemplo do Hospital de Câncer de Barretos se amolda como uma luva ao ensinamento de Sun Tzu, general chinês que viveu no século IV AC e que no comando do exército real de Wu acumulou inúmeras vitórias, derrotando exércitos inimigos e capturando seus comandantes. Foi um profundo conhecedor das manobras militares e escreveu "A Arte da Guerra", ensinando estratégias de combate e táticas de guerra. Nota-se que, apesar do tempo já passado, a genialidade da frase do general aludido permanece extremamente atual e aplicável hodiernamente.

CONCLUSÕES

A saúde, como direito metaindividual não responde às necessidades da coletividade, tendo em vista que não basta a sua previsão da saúde como um direito transindividual, na Constituição Federal ou em leis esparsas, se o sistema, empiricamente, não estiver aparelhado de forma suficiente.

⁴ S.W.O.T. representa a sigla, em inglês, para Forças ou Pontos Fortes (Strengths), Fraquezas ou Pontos Fracos (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats).

Diante da problemática apresentada, observou-se que um dos grandes problemas apresentados se refere ao financiamento do setor da saúde, fato que ocasiona um grande déficit ao sistema. Ainda permitida a contratação do setor privado para prestação de serviços da saúde, evidentemente por insuficiência do setor público, vê-se que a assistência à saúde prestada pelo setor privado não é vista como de natureza complementar, passando a existir, assim, na prática, dois tipos diferentes de sistemas, fato que, naturalmente, gera a não priorização do setor da saúde pelos governantes.

Observou-se que, dentre os principais aspectos que devem ser tratados com atenção, no dia a dia de uma operadora de saúde para o melhor funcionamento de um hospital é a necessidade de uma operadora de saúde ter sempre atualizado o conhecimento de todas as normas reguladoras da área, incluindo as normatizações genéricas e específicas, as regulamentações, portarias, decretos, não somente decorrentes de órgãos como o SUS (público) e a ANS (suplementar), mas do ordenamento jurídico pátrio como um todo, devendo utilizá-lo na interação com todas as outras pessoas que compõem a comunidade de saúde, incluindo autoridades, outros funcionários, pacientes, usuários, profissionais dos diversos setores etc.

Analisadas as políticas econômicas voltadas para o crescimento da economia do país, seus aspectos sociais e sua efetividade, conclui-se que o fato que importa a todos nós, brasileiros, é que a política seja instrumento de programas sociais e econômicos legítimos, verdadeiros, que visem à efetiva melhoria da situação do País.

Por fim, de tudo quanto foi esboçado, pode-se tomar como base a experiência do Hospital de Câncer de Barretos, fundação de direito privado que atende 100% de pacientes pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e consegue oferecer medicina de altíssima qualidade à população carente, através de prevenção, combate ao câncer e desenvolvido centro de pesquisa, como a instalação de seu banco de tumores e do IRCAD (centro de referência em cirurgia laparoscópica à distância).

Tudo isso é possível porque o Hospital de Câncer de Barretos conseguiu monitorar as variáveis necessárias, como capacidade de atendimento, demanda pelos serviços prestados, satisfação do público alvo com o atendimento, crescimento do número de contribuintes, nível de renovações das contribuições, credibilidade com transparência, dedicação dos funcionários, capacidade de gestão das lideranças da organização, flexibilidade da organização, podendo ser utilizado como fonte de aprendizado para melhor funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Leandro Katscharowski. *Tutela coletiva de direitos individuais homogêneos e sua execução*. São Paulo, Dialética, 2002.
- ANDRÉ NETO, Antônio. Plano de Negócios. In: *MBA Executivo em Gestão Hospitalar da Fundação Getúlio Vargas*. São Paulo: FGV, 2006.
- BOARETTO, Cristina. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19820.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2011.
- CARDOSO, Fernando Henrique. *A arte da política: a história que vivi*. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2006.
- CARNEIRO, Marcelo. Dois retratos de um mesmo Brasil. *Veja*, São Paulo, n. 1874, p. 50, 6 out. 2004.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. *Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2011.
- CUNHA, Alcides Munhoz da. Evolução das ações coletivas no Brasil. *Revista de Processo*, São Paulo, n. 77, jan.-mar. 1995.
- DELGADO, Jose Augusto. Interesses difusos e coletivos: evolução conceitual: doutrina e Jurisprudência do STF. *Revista de Processo*, São Paulo, v. 25. n. 98, p. 61-81, abr.-jun. 2000.
- DORNELAS, José. *Como montar um plano de negócios simples e prático*. Disponível em: <<http://www.josedornelas.com.br/artigos/900/>>. Acesso em 05 mai. 2011.
- Folha de São Paulo*, São Paulo, 11 abr. 2004, Caderno Brasil, p. A 6.
- _____, São Paulo, 23 mar. 2006, Caderno 8, p. 1.
- FREITAS, Janio de. No país indignado. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 mar. 2006, p. A 5.
- FUNDAÇÃO VANZOLINI. *Relatório de diagnóstico de acreditação*. São Paulo, 2006.
- FURTADO, Tânia. Tendências organizacionais para a gestão hospitalar. In: *MBA Executivo em Gestão Hospitalar da Fundação Getúlio Vargas*. São Paulo: FGV, 2008.
- GERAIGE NETO, Zaiden. *O princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional*. São Paulo: RT, 2003.
- GIDI, Antonio. *A class action como instrumento de tutela coletiva dos direitos: as ações coletivas em uma perspectiva comparada*. São Paulo: RT, 2007.

- GOLDSCHMIDT, Andréa. *A análise SWOT na captação de recursos: avaliação de oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos*. Disponível em: <<http://integracao.fgvsp.br/ano6/06/financiadores.htm>>. Acesso em 11 mai. 2010.
- GRAIEB, Carlos. Nosso negócio é conteúdo. *Veja*, São Paulo, n. 1949, p. 15, 29 mar. 2006.
- INSTITUTO DE APOIO ÀS PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS E À INOVAÇÃO. *Plano de Negócios: Serviços*. Porto, 2000.
- KESTELMAN, Hélio N. Planejamento estratégico de hospitais. In: *MBA Executivo em Gestão Hospitalar da Fundação Getúlio Vargas*. São Paulo: FGV, 2008.
- LEITÃO, Miriam. Panorama Econômico: gastar ou não? *O Globo*, Rio de Janeiro, 02 mai. 2005, Economia, p. 24.
- MARTINS, Paulo Haus; CUENCA, Carlos. *Incentivos fiscais e doações*. Disponível em: <www.rits.org.br>. Acesso em: 07 ago. 2003.
- MEDICI, André Cezar. *Saúde: indicadores básicos e políticas governamentais*. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/Contecsi2004/BrasilEmFoco/port/polsoc/saude/apresent/apresent.htm>>. Acesso em 17 fev. 2011.
- MIRANDA, Cláudio da Rocha. Economia e políticas de saúde no Brasil: resumo esquemático. In: *MBA Executivo em Gestão Hospitalar da Fundação Getúlio Vargas*. São Paulo: FGV, 2008.
- _____. Gerenciamento de sistemas de saúde: resumo esquemático. In: *MBA Executivo em Gestão Hospitalar da Fundação Getúlio Vargas*. São Paulo: FGV, 2008.
- MORAES, Alexandre de. *Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- PAVANI, Cláudia; DEUTSCHER, José Arnaldo. *Plano de Negócios: planejando o sucesso de seu empreendimento*. Rio de Janeiro: Lexicon, 2001.
- PRATA, Henrique Duarte. *Acima de tudo o amor: como a fé e a solidariedade construíram o maior polo de referência nacional contra o câncer*. 2 ed. São Paulo: Editora Gente, 2012.
- Revista Consultor Jurídico, São Paulo, 25 mar. 2006, Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2006-mar-25>>. Acesso em: 26 mar. 2006.
- SEMINÁRIO TEMÁTICO PERMANENTE DA ANVISA, 42, 2005. *Saúde Coletiva e Vigilância Sanitária: desafios à proteção da saúde*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/index_2005.htm>. Acesso em: 19 abr. 2011.
- TZU, Sun. *A arte da guerra*. Porto Alegre: L&PM, 2000.