

CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

DIREITO À SAÚDE

Artigo

DESAFIO: CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO
À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

© 2015 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total deste artigo, desde que citadas a fonte e a autoria.

Este artigo faz parte da publicação *Direito à Saúde*, da coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015*.

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no site www.conass.org.br.

**Os artigos publicados traduzem a opinião dos seus autores. Sua publicação obedece ao propósito de estimular o debate e refletir as diversas opiniões e pensamentos.
Direitos de reprodução cedidos ao CONASS.**

Organização da Coleção

René Santos

Coordenação do Livro

Alethele de Oliveira Santos

Edição

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

Revisão Ortográfica

Sem Fronteira Idiomas

Projeto Gráfico e Diagramação

Marcus Carvalho

Desafio: concretização do direito à saúde pública no Brasil

Letícia Coelho Simon¹

“Antes de falar sobre o bem da satisfação das necessidades, é preciso decidir quais necessidades constituem o bem” – Leon Tolstói

1. Considerações gerais

Com o advento da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser, de maneira explícita, direito fundamental social, ficando estabelecido como de todos, indistintamente, constituindo-se em dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, os quais devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em sistema único (SUS) organizado de acordo com a diretriz do atendimento integral.

Mostra-se necessário contextualizar o assunto sob o aspecto constitucional. No Título VIII – Da Ordem Social, no Capítulo II – Da Seguridade Social e na Seção II – Da Saúde, encontra-se o artigo 196, o qual dispõe:

[...] a saúde é um 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.

Também no artigo 6º da Constituição (BRASIL, 1988), a saúde é definida como um direito social, juntamente com a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Nesse ponto, é notória a relevância dos direitos previstos nesse dispositivo, no qual se insere a saúde.

Reconhecendo o direito à saúde como um direito fundamental, é importante ressaltar, em um primeiro momento, que as normas que o garantem têm aplicação imediata, na forma do artigo 5º, parágrafo 1º, do próprio texto constitucional. (SARLET, 2001, p. 91-107).

No artigo 1º desse mesmo diploma legal, em seu inciso III, a dignidade humana vem descrita como fundamento do Estado Democrático de Direito o qual tem por objetivo construir uma sociedade livre, justa e solidária, na forma do inciso I do artigo 3º. Ou seja, o direito à saúde que se insere no Título – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, resta erguido à posição de legítimo direito fundamental, diferenciando-se da reminiscência provinda da Carta de 1934 e das seguintes, anteriores à de 1988, que o positivava no Título da Ordem Econômica e Social (SARLET, 1988, p. 17).

O tema também se enquadra na parte da Seguridade Social, trazendo o artigo 194 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, termos estes que descreverão ações e serviços distintos, mas integrados no conjunto organizado pela seguridade social, cujos objetivos gerais estão previstos no seu parágrafo único.

Por estar situado como um direito de segunda geração, ele deve ser prestado pelo Estado e garantido, sendo respeitados a isonomia e o acesso universal, o que, na realidade brasileira, é um grande desafio de como se dará efetividade e aplicação imediata a essa norma dentro do contexto de um Estado comprometido com a justiça social e tendo outras normas de igual hierarquia para serem respeitadas.

Após essa contextualização do tema direito à saúde frente à Lei Suprema, cumpre referir a forma como o sistema se organiza, e isso vem descrito expressamente no texto constitucional, em

¹ Especialista em Gestão da Promoção e Assistência à Saúde (Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Fundação Unimed); Direito Público, com Formação para Magistério Superior, na área de Direito – Universidade Anhanguera – Uniderp, 2011; *Lato Sensu* – Escola Superior da Magistratura Federal (Esmafe). Porto Alegre. Agosto/2003 – Janeiro/2004, 560 horas-aula. Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais. Universidade Católica de Pelotas. Advogada e servidora pública lotada na Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. *E-mail*: leticiasimon@saude.sc.gov.br. (48) 3281-2175.

seu artigo 198, ao determinar que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, ou seja, demonstra a responsabilidade da União, estados, Distrito Federal e municípios; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade. O mesmo artigo, por meio dos seus parágrafos, traz regras sobre o financiamento desse sistema, demonstrando a responsabilidade de todos os Entes da Federação.

2. Regulamentação – contexto evolutivo

Pensar em Políticas Públicas exige a construção de um agir do Gestor Público, no sentido de passar de uma perspectiva individualista para uma dimensão mais comunitária de gestão pública, ou seja, estas se constituem no conjunto de ações a serem desenvolvidas pelo Estado e pelos próprios cidadãos, até porque política pública é um bem de todo indivíduo. Nessa linha, políticas públicas:

[...] podem ser conceituadas, portanto, como instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade, tendo por escopo assegurar condições materiais de uma existência digna a todos os cidadãos. (APPIO, 2005, p. 294)

Sendo a saúde reconhecida como um direito fundamental, deve haver o atendimento a esta da forma mais eficiente e, claro, devem ser observados os dispositivos legais e constitucionais, principalmente no que se refere à universalidade e igualdade. Dessa forma, como alude Santin (2004, p. 35):

[...] para as várias áreas de atuação do Poder Público há necessidade de fixação de uma rota de atuação estatal, seja expressa ou implícita, as chamadas políticas públicas. A Constituição Federal é a base da fixação dessas políticas, porque, ao estabelecer princípios e programas normativos, já fornece o caminho da atuação estatal no desenvolvimento das atividades públicas, as estradas a percorrer, obrigando o legislador infraconstitucional e o agente público no seguimento do caminho previamente traçado ou direcionado.

Nessa linha de raciocínio, como restou garantido o Direito à Saúde na Lei Maior, este foi regulamentado a partir de dispositivos que vêm se aprimorando e se complementando, tanto é assim, que podemos citar as normativas à Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990), considerada a Lei Orgânica da Saúde.

Pode-se afirmar, assim, que a Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir, como já mencionado, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com a universalização do atendimento; depois a incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, com o Decreto n. 99.060/1990 e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080/1990, que fundou e operacionalizou o SUS, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. No seu artigo 2º, ratifica a saúde como um direito fundamental do ser humano e a incumbência do Estado de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Após, foi editada a Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990), imprimindo ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação da comunidade na gestão do SUS, além de também tratar das transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde.

Depois, confirmando a alegação posta acima, a regulamentação evolui em termos de melhorar a estrutura do Sistema, tanto em termos de execução dos serviços como no sentido de acompanhamento do avanço tecnológico, sempre buscando benefícios associados à segurança e à efetividade.

Isso resta confirmado com a edição da Lei n. 12.401 (BRASIL, 2011), que altera a Lei n. 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em termos das Redes e Portas de Ingresso, o Decreto n. 7.508 (BRASIL, 2011) veio dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Com essa regulamentação tem-se hoje, o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap), que tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, no sentido de buscar a gestão compartilhada, definindo claramente as responsabilidades sanitárias, visando garantir o acesso em tempo oportuno e com qualidade.

Não menos relevante foi a inovação trazida pela Lei n. 12.466 (BRASIL, 2012), a qual acrescentou os arts. 14-A e 14-B à Lei Orgânica da Saúde, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem como sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, reconhecendo, assim, o caráter participativo das Entidades representativas, indispensáveis para a formatação e a evolução da Política Pública no país.

É, ainda, imprescindível referir a Lei Complementar n. 141/2012, que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

E quanto à forma de financiamento do Sistema, tem-se como desafio o problema da finitude dos recursos, que necessita ser avaliada ao pensar-se em integralidade e equidade (acesso universal igualitário).

3. O financiamento e a finitude dos recursos

Dessa forma, mesmo que exista previsão de acesso universal e igualitário do direito à saúde, não pode este ser concebido de forma ilimitada, irrestrita e irracional pelo indivíduo contra o Estado e em desconsideração da comunidade como um todo. Quando se fala em Políticas Públicas, a coerência no atendimento reflete-se em atender ao máximo com o mínimo, ou seja, otimizando-se os recursos públicos consegue-se atender a um maior número de pessoas. Por isso, é necessária a digressão sobre como a estruturação do Sistema vem se desenvolvendo em razão do comando Constitucional e do Direito Sanitário construído ao longo do tempo.

Na regulamentação trazida pela EC n. 29 (BRASIL, 2000), posteriormente ratificada pela citada Lei Complementar (BRASIL, 2012), definidora de critérios de aplicação de valores por cada esfera de governo, deduz-se a necessidade de reconhecimento de que os recursos para suprir o atendimento dos usuários são finitos. Sendo assim, deve-se levar em conta a priorização de uma política pautada no atendimento de Saúde Pública, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, com fundamento na Medicina Baseada em Evidências Científicas.

Não se trata de questionar a essencialidade dos direitos sociais para a coletividade, ou mesmo a sua importância, pensando no direito à saúde assim definido e revestido do status de direito fundamental. O que se impõe destacar é que os recursos orçamentários obtidos são escassos, e as necessidades humanas a satisfazer são ilimitadas, o que leva a crer que o emprego do financiamento deve ser feito de modo eficiente, a fim de que se possa atingir o maior número de necessidades pessoais com o mesmo recurso.

Dessa forma, é necessário indicar o modo mais eficiente de implantação desse direito fundamental e apontar os melhores critérios de escolha. Para tanto, pode-se referir a competência do Poder Executivo em efetuar a gestão do Sistema, sendo esta pretendida nos termos da Política Pública formatada ao longo do tempo, e que hoje, conforme anteriormente mencionado, evoluiu tanto no aspecto de estrutura quanto na própria questão de financiamento.

Por essa razão, pode-se afirmar que a efetivação desse direito requer recursos financeiros e, conseqüentemente, uma disponibilidade orçamentária, o que leva a referir dois princípios indispensáveis em razão da peculiaridade do tema: o princípio da reserva do possível, o qual se fundamenta na ideia de que os recursos públicos necessários à efetivação de direitos sociais não são ilimitados;

e o princípio do mínimo existencial, para o qual haveria um núcleo básico de direitos sociais e econômicos vinculados à noção de garantia da dignidade humana, e estes deveriam ser sempre, e de imediato, tutelados. Deve-se pensar que tanto os recursos financeiros como os recursos humanos são limitados e, diante disso, diversas vezes precisam ser feitas escolhas.

O próprio dispositivo que assegura o direito à saúde como de todos, sendo dever do Estado garanti-lo, também define a forma como será atendido, ou seja, "...mediante políticas sociais e econômicas..." (BRASIL, 1988). Vale dizer que estas foram definidas, mapeadas, norteadas por critérios resultantes de décadas de estudos implementados por Políticas Públicas de Saúde, sendo atendidas na forma do financiamento previsto no art. 198 da Constituição Federal.

Nessa linha, é importante fazer referência à incorporação de novas tecnologias e à forma como o Sistema e a Política Pública vêm evoluindo, no sentido de ser observada uma fusão de conceitos e de princípios. Para exemplificar, pode-se afirmar que os medicamentos são fundamentais para a manutenção da saúde e qualidade de vida, mas, se utilizados de forma irracional, podem ser potenciais fontes de agravos e danos aos usuários. É possível destacar que a Medicina Baseada em Evidências e os fundamentos da segurança e da regulação sanitária, têm se preocupado em dar crescente importância ao emprego de critérios de incorporação e uso de tecnologias.

Enfatiza-se esse ponto pelo fato de que, para se pensar em acesso universal e igualitário, necessariamente deve-se pautar uma favorável relação de benefício/risco conjugada com o fator efetividade, a qual demanda o binômio custo/efetividade. E dentro desse quadro normativo deve ser analisada a questão da saúde como relação de justiça, propiciando o desenvolvimento de um modelo racional que garanta efetivamente o atendimento dos usuários dentro da realidade brasileira.

4. O limite de atuação do Poder Judiciário na gestão da saúde

Assim, diante do cenário apresentado, o desafio de atendimento universal com uma finitude de recursos traz, muitas vezes, a necessidade de ocorrer a interferência do Poder Judiciário, no sentido de se buscar a aplicabilidade da política existente, bem como, no caso da sua ausência, a viabilidade em estabelecê-la dentro dos critérios construídos com fundamento na Política Pública – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, utilizando-se da Medicina Baseada em Evidências.

Partindo-se do pressuposto de que o texto constitucional indica a dignidade humana como fundamento da República Federativa do Brasil, e sendo a saúde imprescindível para a pessoa viver com dignidade, impõe-se a necessidade de existirem políticas públicas sérias, capazes de levar aos cidadãos esse direito, não de uma forma individual, mas sim atendendo à coletividade.

Por vezes, a Política Pública estabelecida deixa de ser implementada pelo gestor em face de decisões judiciais, comprometendo, em muitos casos, projetos que beneficiariam toda a comunidade de um município. Isso pode ocorrer, como exemplo, em razão de que o valor para o cumprimento dessa ordem não seria da competência do Ente municipal, ou sequer haveria comprovação suficiente nos autos de que o atendimento buscado via judicial realmente supriria a necessidade do usuário; ou pior, haveria contraindicação técnica desse atendimento.

Por existir a atuação positiva do Poder Judiciário, em razão do que prevê a atual Constituição Federal, a concretização do disposto no art. 196, no reconhecimento ao direito à saúde, por vezes apresenta-se como um verdadeiro poder individual, absoluto e irrestrito do cidadão contra o Estado, concepção esta que não é a mais adequada ao tratamento dos direitos sociais.

Deve-se pensar não em negar a normatividade e a aplicabilidade imediata da norma constitucional referida, nem mesmo em ter a pretensão de contestar a possibilidade de o Poder Judiciário determinar ao Estado prestações positivas, mas sim em buscar um modelo para concretizar esse direito à saúde como relação social, com a discussão de critérios que permitam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de forma racional, utilizando-se da saúde pública existente.

A missão atribuída ao Poder Judiciário não é restringir a aplicação desse direito, mas sim fazê-lo mais forte, por meio de uma aplicação racional e criteriosa, pois é interessante lembrar que a melhor forma de enfraquecer os direitos fundamentais seria inflacioná-los a tal ponto que acabaria sendo amolecido e descaracterizado o próprio conceito de direito fundamental (ANDRADE, 2001, p. 76-77).

A normatização trazida nos artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988) demonstra exatamente isso, ou seja, uma estrutura a ser seguida, a qual, ressalte-se, urge ser levada a sério no sentido de que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

5. Conclusão

Sendo o direito à saúde um direito fundamental, necessita de recursos materiais para a sua universalização, não podendo, daí, ser negada a existência de deveres ao Estado em adotar Políticas Públicas que atendam a essa demanda, cabendo ao Poder Executivo efetuar escolhas, estabelecendo critérios e prioridades, sendo elas pautadas na Lei, iniciando-se pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), documento que estabelece os objetivos fundamentais que deverão ser satisfeitos pela autoridade estatal.

Para o atendimento da coletividade nos termos determinados pelo texto constitucional, é necessário que se pondere a intervenção do Poder Judiciário na implementação dessas Políticas Públicas. Como visto, existem hipóteses de que tais medidas judiciais são descabidas, em razão do que estabelece o próprio Sistema já disponibilizado com Protocolos Clínicos seguros para o tratamento dos usuários.

Para garantir de forma universal os direitos fundamentais, especificamente a saúde, devem-se buscar meios para exigir o cumprimento por parte do Estado desse desafio, sendo imperativo que o descumprimento das políticas públicas, previstas legalmente, oportunize a intervenção do Poder Judiciário na implementação dessas ações na área da saúde.

No momento em que existe uma lacuna por parte do Estado no que se refere à ausência de Políticas Públicas, ou mesmo quando estas existem mas não são cumpridas, o Poder Judiciário deve agir, mas dentro de uma linha de pensamento de Saúde Pública e sempre com a visão de que os recursos públicos são finitos, sendo imprescindível pensar na otimização destes. A decisão judicial por uma ou outra possibilidade de atendimento deve ser tomada mediante a ponderação dos bens e interesses em questão.

Dessa forma, resta claro que o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado por meio de prestações materiais, por se constituir, como dito anteriormente, como um direito fundamental social. Não pode ele ser entendido como um direito a ser exercido contra o Estado, de forma absoluta e ilimitada, devendo ser garantido na forma do art. 196 da Constituição, por meio de Políticas Públicas que assegurem o acesso universal e igualitário aos seus serviços e ações, observados critérios racionais de aplicação.

Não resta dúvida de que, por vezes, a manifestação do Poder Judiciário mostra-se indispensável, mas, para isso, a missão a ele atribuída quando estiver interferindo na implementação dessas políticas, quer seja em razão da sua inexistência, quer seja em razão da sua inaplicabilidade, requer um agente público preocupado com os destinos de toda uma coletividade, devendo ser pensada a saúde como um direito de todos, atendido de forma universal e igualitária.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolao. **Direito Sanitário em perspectiva**. V. 2. Série Pós-Graduação. ESMPU. Fiocruz. Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

ANDRADE, J. C. V. de. **Os direitos fundamentais na Constituição portuguesa de 1976**. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2001.

APPIO, Eduardo. **Controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2005, p. 136.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, 13 set. 2000.

_____. Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 13 jan. 2012.

_____. **Lei n. 8.080**, Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. **Lei n. 8.142**, Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. Lei n. 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 29 abr. 2011a.

_____. Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 25 ago. 2011.(2011b)

_____. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 29 jun.

_____. **Saúde baseada em evidências**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portal-saude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=392>>. Acesso em: 24 maio 2014.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL. **Saúde baseada em evidências**, 2013. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13>. Acesso em: 12 maio 2014.

SANTIN, Valter Foletto. **Controle judicial da segurança pública: eficiência do serviço na prevenção e repressão do crime**. São Paulo: RT, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Interesse Público**, Sapucaia do Sul, n. 12, p. 91-107, 2001.

_____. Ingo Wolfgang. **Os direitos sociais na Constituição de 1988**, 2008. Disponível em: . http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf

_____. I. W.; TIMM, L. B. **Direitos Fundamentais Orçamento e Reserva do Possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2. ed. 2010, 412p.

WIKIPEDIA. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde>. Acesso em: 3 nov. 2014.