

Artigo

Contexto histórico e contornos jurídicos do direito à saúde

Historical context and legal contours of the right to health

Rafael Adachi¹

¹Servidor Público. Pós-Graduado lato sensu em Direito e Processo Civil pelo Complexo Educacional Damásio de Jesus, Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Pós-Graduado lato sensu em Prática em Direito Administrativo Avançado pelo Instituto Damásio de Jesus, Faculdade IBMEC São Paulo. Pós-Graduado lato sensu em Direito Tributário pelo Centro Universitário UNIFITEC. ORCID: 0009-0000-2620-566X. E-mail: adachi.adv@gmail.com.

Submetido em: 03/04/2025, revisado em: 24/04/2025 e aceito para publicação em: 04/05/2025.

Resumo: O artigo analisou o direito à saúde como um direito fundamental social no Brasil, percorrendo sua trajetória histórica e jurídica. Destaca a evolução normativa desde a ausência de previsão nas primeiras Constituições até sua consagração como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, vinculando-o ao princípio da dignidade da pessoa humana. Examina as diversas gerações de direitos fundamentais, situando a saúde principalmente na segunda geração, mas também com implicações nas demais. Aborda ainda a criação do Sistema Único de Saúde, suas diretrizes — universalidade, integralidade e equidade —, e a descentralização das ações entre União, Estados e Municípios. A pesquisa demonstra que o direito à saúde exige ações estatais positivas e é passível de exigibilidade judicial. O autor ressalta que, embora a judicialização da saúde e decisões paradigmáticas do STF não tenham sido aprofundadas, a análise histórica e normativa evidencia o papel central do Estado na promoção da saúde como componente essencial da cidadania e condição de vida digna.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Contexto Histórico; Jurídico.

Abstract: The article analyzes the right to health as a fundamental social right in Brazil, going through its historical and legal trajectory. It highlights the normative evolution from the lack of provision in the first Constitutions to its enshrinement as a fundamental right in the 1988 Federal Constitution, linking it to the principle of human dignity. It examines the various generations of fundamental rights, placing health mainly in the second generation, but also with implications for the others. It also addresses the creation of the Unified Health System, its guidelines - universality, integrality and equity - and the decentralization of actions between the Union, States and Municipalities. The research shows that the right to health requires positive state action and can be enforced by the courts. The author points out that, although the judicialization of health and paradigmatic STF decisions have not been studied in depth, the historical and normative analysis shows the central role of the state in promoting health as an essential component of citizenship and a condition for a dignified life.

Keywords: Right to Health; Historical Context; Legal.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O direito é o “instrumento formal”, conforme enuncia Abujamra Aith, caracterizador da manifestação de vontade do povo, do poder popular. Desta maneira, o direito resguarda os valores que a sociedade quer ver respeitados, ainda que para isso faça uso da força contra os que desafiam suas disposições, tendo sempre como norte, a vontade popular (2009, p. 68).

Por sua vez o direito à saúde, ou direito sanitário, é o ramo do direito que abrange o conhecimento e a aplicação das normas jurídicas voltadas à proteção do direito à saúde.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde estabelece os parâmetros e diretrizes a que se moldarão as ações e serviços de interesse à saúde no país, obtendo mediante políticas sociais e econômicas a redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization) é uma agência especializada autônoma das Nações Unidas, fazendo parte da família de instituições da Organização das Nações Unidas (ONU). Criada em 07 de

abril de 1948, e por isso, nesta data comemora-se o Dia Mundial da Saúde, coordena o trabalho internacional de saúde, com o objetivo de promovê-la no mais alto grau de saúde para todos os povos. Essa organização preconiza este tema da seguinte forma: "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade"

Definido na carta de princípios da Organização Mundial de Saúde o conceito de saúde consubstancia-se como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Pelo exposto, infere-se que saúde não diz respeito apenas à ausência de doenças e moléstias, mas a um conjunto integrado e ordenado que conflui para a conformação de condições dignas de qualidade de vida, cujo conceito é muito amplo envolvendo educação, habitação, assistência social, cultura, trabalho e outros.

Nestes moldes, compreende-se a saúde como um direito fundamental do homem no que respeita a dignidade da pessoa humana, insere no rol dos direitos fundamentais da segunda geração, advindos no século XX como os chamados direitos sociais, que denotam a função prestacional do Estado para com o indivíduo (Humenuk, 2002).

No recente retorno à democracia, o direito à saúde veio insculpido na Constituição Federal de 1988 que conferiu à saúde caráter de direito humano fundamental calcado no princípio da dignidade da pessoa humana. Tal princípio, quando conjugado ao direito à saúde enuncia que saúde é a plena qualidade de vida, sendo direito de todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Logo, a Carta Magna tutela nossos cidadãos garantindo uma gama de direitos que lhes propiciem meios dignos de sobreviver, seja pela manutenção da higidez do ambiente em que vivem, pela disponibilidade de educação, trabalho e lazer, seja pelo oferecimento de medicamentos e profilaxias nos postos de atendimento à saúde.

Resume o exposto, as palavras de Gandini, Barione e Souza (2007, p. 2) ditando que:

De forma inédita no constitucionalismo brasileiro, a Constituição Federal de 1988, trouxe a dignidade da pessoa humana como o valor maior do Estado, o núcleo constitucional supremo em torno do qual gravitam os demais direitos. Os direitos fundamentais, incluindo aí os direitos sociais, seriam, pois, os guardiões da dignidade humana. A saúde é, portanto, verdadeiro direito fundamental social, cujo conceito se relaciona com um completo estado de bem-estar físico, mental e social do homem, sem o qual não se imagina possível uma vida digna.

O direito à saúde se imbuí de um caráter de direito fundamental social subjetivo. Esta característica de direito subjetivo torna possível que a saúde, enquanto direito fundamental do cidadão, seja encarado como uma obrigação por parte do poder público, que poderá, inclusive, vir a ser impellido a cumpri-la por meio de uma demanda judicial.

2 DIREITO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL

Os direitos fundamentais, segundo Motta e Barchet (2007), podem ser analisados sob duas perspectivas: uma material e outra formal. Segundo o viés material, os direitos fundamentais são extremamente variáveis no tempo e no espaço, alterando-se profundamente conforme a sociedade dentro da qual o conceito seja formulado e o momento histórico em que tal formulação seja levada a cabo. A concepção formal, por sua vez, baseia-se na previsão do direito no documento constitucional, e assim, são fundamentais os direitos previstos na Constituição.

Na reunião dessas duas acepções, Motta e Barchet (2007, p. 147), assim definem os direitos fundamentais:

O conjunto de direitos que, em determinado período histórico e em certa sociedade, são reputados essenciais para seus membros, e assim são tratados pela Constituição, com o que se tornam passíveis de serem exigidos e exercitados, singular ou coletivamente.

Nesse sentido, as ideias confluem num ponto em comum: evitar o arbítrio dos governantes de forma a limitar e controlar os abusos do poder do Estado e efetivar os princípios básicos da igualdade e da legalidade, imperativos na contemporaneidade do Estado.

Quando inseridos no texto constitucional, os direitos humanos fundamentais significam mais do que mera disposição dentre as normas máximas, mas a “plena positividade de direitos” (Moraes, 2002), e partindo desta prerrogativa, concede-se a qualquer cidadão a faculdade de exigir a atuação do Estado na tutela de seus direitos.

Vale lembrar que a noção de direitos humanos é mais remota que a de direitos fundamentais, quando do contexto do constitucionalismo, cuja origem está ligada às Constituições dos Estados Unidos da América em 1787. Viu-se, portanto, a utilidade daquele documento escrito dotado de força jurídica para que se insculpisse um rol de direitos fundamentais, que explicitariam não só a corporificação de garantias de direitos, como a sobrepujança da soberania popular ao autoritarismo do Estado.

Acerca dessa temática, urge esclarecer a classificação das outras gerações, ou dimensões, dos direitos fundamentais que não apenas a segunda geração, ou dimensão, à qual se amolda o direito à saúde.

Os direitos humanos da primeira geração surgiram com o movimento revolucionário francês que preconizava uma nova ideologia política, caracterizada principalmente pelo fetiche da individualidade e do direito, colocando o indivíduo frente ao Estado (Humenhuk, 2002). Traduzem-se, assim, nos direitos civis e políticos, abrangendo as quatro liberdades clássicas, quais sejam, vida, liberdade, segurança e propriedade. Correspondem à primeira geração dos direitos fundamentais, as liberdades públicas, também denominadas como direitos individuais, constituindo assim o núcleo dos direitos fundamentais.

Segundo Ferreira Filho (2004, p. 28-29):

Em termos técnico-jurídicos essas liberdades são direitos subjetivos. São poderes de agir reconhecidos e protegidos pela ordem jurídica a todos os seres humanos. E, eventualmente, a entes a eles assimilados. Porém, são direitos subjetivos oponíveis ao Estado. Isto, antes de 1789, era desconhecido no direito positivo.

Sob o mesmo enfoque, explica Canotilho (2004, p. 408):

Os direitos fundamentais cumprem a função de direitos de defesa dos cidadãos sob uma dupla perspectiva: (1) constituem, num plano jurídico – objetivo, normas de competência negativa para os poderes públicos, proibindo fundamentalmente as ingerências deste na esfera jurídica individual; (2) implicam, num plano jurídico-subjetivo, o poder de exercer positivamente direitos fundamentais – liberdade positiva – e de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por parte dos mesmos – liberdade negativa.

Portanto, os direitos fundamentais de primeira geração, diretamente vinculados à ideologia liberal, são essencialmente direitos de defesa do indivíduo perante o Estado, objetivando não uma prestação positiva deste, mas uma atuação negativa. Motta e Barchet (2007) citam como exemplos de tais direitos, entre outros, o direito à vida, à propriedade, à liberdade de locomoção, à liberdade de expressão, à liberdade de participação política, à igualdade (formal) perante a lei e à incolumidade física.

Passadas a primeira geração dos direitos fundamentais, baseadas nas liberdades públicas, e a segunda geração, que será melhor tratada mais à frente, chegamos a um novo período na evolução dos direitos fundamentais, a terceira geração. Esta, não mais preocupou-se com os desafios relacionados à vida e à liberdade dos indivíduos frente ao Estado, mas especialmente à qualidade de vida e à solidariedade entre os seres humanos de todas as raças ou nações (Ferreira Filho, 2008).

Motta e Barchet (2008, p. 152), afirmam serem duas as origens básicas desses direitos: uma, “a deterioração dos demais direitos fundamentais em virtude do uso nocivo das modernas tecnologias, e outra, o nível de desigualdade social e econômica existente entre as diferentes nações”.

Na medida em que a primeira geração dos direitos fundamentais é correlata à liberdade, a segunda à igualdade (direitos econômicos e sociais), temos que a terceira possui natureza notadamente transindividual, visto que não possui destinatários específicos, abrangendo a coletividade em sua integralidade, sendo assim, direitos de titularidade difusa ou coletiva, que resguardam destinatários indeterminados, indetermináveis, ou de difícil determinação, e desse modo diz respeito aos direitos de solidariedade ou fraternidade, completando o lema em que bradou a Revolução Francesa. Nota-se, portanto, que tais direitos destinam-se a manter a qualidade de vida dos indivíduos bem como uma convivência em harmonia. Pode-se dizer que os direitos de solidariedade são relativamente novos, apesar de ainda precederem uma outra geração, pois foi a partir de 1979 que passou-se a sua discussão.

Ainda em análise aos direitos fundamentais de terceira geração, citamos Ferreira Filho que enumera quais seriam os principais direitos de solidariedade, assim sendo: “o direito à paz, o direito ao desenvolvimento, o direito ao meio ambiente e o direito ao patrimônio comum da humanidade” (2004, p. 58). E como este mesmo autor descreve, poder-se-ia acrescentar aos acima expostos, o direito à autodeterminação dos povos e o direito à comunicação.

No que toca aos direitos de quarta geração, é possível dizer que correspondem a uma fase de institucionalização do Estado social. Assim, correspondem a essa geração: o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo.

Em recentes estudos alguns autores vêm entendendo a formação de uma nova geração de direitos fundamentais. É o que entendem Motta e Barchet, que afirmam representar os direitos advindos da realidade

virtual, demonstrando a preocupação do sistema constitucional com a difusão e o desenvolvimento da cibernética na atualidade, envolvendo a internacionalização da jurisdição constitucional, em virtude do rompimento das fronteiras físicas através da “grande rede” (2007, p. 153).

Retomando aos direitos de segunda geração, é ao final da Primeira Guerra Mundial que se vê surgir novos direitos fundamentais, desde então denominados direitos econômicos e sociais. O surgimento desses direitos é o resultado de uma série de fatos históricos porque passava a humanidade naquele período.

Observa-se à época uma bruta disparidade econômica que fazia distanciar ainda mais as classes na sociedade daquele período. O liberalismo econômico “provocou um acréscimo súbito de riqueza, riqueza esta que ficou concentrada nas mãos da classe empresária” (Ferreira Filho, 2004, p. 42). Na outra ponta encontrava-se a classe trabalhadora que amargurava uma situação de miséria, agravada cada vez mais com a substituição da mão-de-obra operária pelas máquinas advindas com as tecnologias da época. O cenário começou a se inverter, quando o operariado se levantou em busca de direitos políticos, reivindicando a proteção à vida e à saúde e à educação.

Afirmam Motta e Barchet (2007, p. 150) serem os direitos fundamentais de segunda geração os de índole econômica, social e cultural, visando uma atuação estatal positiva, ou seja, um dever prestacional do Estado para com os indivíduos. Os referidos autores destacam que os direitos fundamentais de segunda geração nada mais são do que os direitos sociais, culturais e econômicos decorrentes dos direitos de primeira geração e exigindo do Estado uma postura mais ativa, no sentido de possibilitar tais conquistas. Citam ainda, como direitos de segunda geração o direito à proteção na idade avançada, o direito ao lazer, à assistência social, à previdência social, ao trabalho, à habitação, ao desporto, e ao que mais interessa a este trabalho, à saúde.

Observa-se, assim, que o direito à saúde encontra-se inserido no contexto dos direitos de segunda geração, posto que se externa como um verdadeiro direito à prestação, ou seja, um direito social prestacional, uma vez que estes necessitam de uma atuação positiva por parte do ente estatal (Humenhuk, 2002).

No Brasil, o direito à saúde como direito social encontra-se disposto a partir do artigo 6º da Constituição Federal, podendo ser complementado na leitura do artigo 196, que aborda especificamente o direito à saúde. E na interpretação conjunta desses dispositivos com os conceitos dos direitos inerentes à segunda geração, é sabido que os direitos sociais denotam uma função prestacional do Estado para com o indivíduo, facilmente visualizado nos termos do dispositivo que transcrevemos:

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

Vê-se, então, que os direitos fundamentais constituem pilastra-mestra na Constituição do Estado Democrático de Direito garantindo assim, uma série de direitos e deveres inerentes aos cidadãos, tutelados pelo Estado. Encontramos arrimo para a discussão acerca do direito à saúde no próprio texto constitucional que nos garante acesso às ações e serviços de saúde estabelecidos na forma de garantia aos cidadãos e como dever precípua do Estado.

Com uma interessante anotação Schwartz (2001, p. 52) relaciona o direito à saúde com todas as gerações ou dimensões dos direitos fundamentais. Entendendo a saúde como um dos componentes do conceito de vida, “seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade, a saúde se conecta à vida, fazendo parte, então, dos direitos de primeira geração”. E, por exigir prestações positivas do Estado “no sentido de garantia/efetividade da saúde, pena de ineficácia de tal direito, o artigo 6º, da CF/88, reconhece o direito à saúde como um direito social, logo, um direito de segunda geração” (2001, p. 53). Sem titulares bem definidos e sendo o direito à saúde um bem jurídico indivisível, atribui-se a ele o caráter de direito difuso. “E esse caráter de transindividualidade pertence à terceira geração dos direitos fundamentais” (Schwartz, 2001, p. 54).

Conforme Schwartz (2001, p. 54) “os progressos da genética e o advento da biotecnologia e da bioengenharia nasceram os direitos da quarta geração” aos quais fazem parte o direito à saúde tratando de questões sobre a vida e a morte, e sobre o corpo de seres humanos.

Segundo Conforme Schwartz (2001, p. 55) “A revolução cibernética levou à quebra das fronteiras tradicionais, de onde floresceu um novo espaço instantâneo de produção e reprodução de conhecimentos e de informação”. São direitos de quinta geração, os direitos relacionados à realidade virtual. Pelo contexto atual, é fácil a constatação de que saúde também está atrelada a esta nova geração de direitos.

3 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO E PREVISÃO NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

Pode-se dizer que no Brasil as ações que tangem à saúde amadureceram de forma tardia e vagarosa, garantindo sua abrangência a toda população, ainda que de forma deficiente, apenas nos dias atuais.

Como assevera Indriunas (2009), do período colonial restam poucos indícios, citando-se apenas que com a chegada da família Real portuguesa ao Brasil em 1808 foram criadas as duas primeiras escolas de medicina no país, no Rio de Janeiro e em Salvador, sendo as únicas medidas que adviriam até a República.

A primeira medida sanitária que se conhece ocorreu no primeiro mandato do Presidente Rodrigues Alves, que compreendeu o período de 1902 a 1906. O então presidente nomeou o médico Oswaldo Cruz para uma série de ações de higienização que falte ao desejo de um surto de febre amarela e peste bubônica. Estas medidas faziam parte de políticas sociais e de saúde naquele período. É relatado nos livros da época que estas medidas tinham caráter de

ações policiais. As pessoas tinham suas casas invadidas e suas roupas e colchões queimados. Apesar do tom intimidador e invasivo, Oswaldo Cruz logrou bons resultados na solução destes problemas sanitários. Em 1923, com a Lei Eloi Chaves, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão, uma espécie de embrião da seguridade social, disponibilizando a prestação de consultas médicas e fornecimento de medicamentos. As CAP's foram as precursoras dos Institutos de Aposentadoria e Pensões que, posteriormente, resultariam no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (Indriunas, 2009).

Durante a era Vargas verificou-se um maior crescimento da atenção à saúde no Brasil. A Revolução de 1930 trouxe novos conceitos sociais tangentes à assistência previdenciária e médica aos trabalhadores tendo sido construídos vários hospitais e centros médicos, e criados os Ministérios da Educação e Saúde e do Trabalho, Indústria e Comércio que corroborou a assistência médica dos trabalhadores.

Em 1953, a Lei n. 1.920 criou o Ministério da Saúde, que surgiu do desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, mas sem o cunho de uma nova postura de governo ou uma efetiva preocupação com a saúde pública. As atividades do Ministério estavam limitadas às ações de prevenção e pesquisa, relegando as atividades de assistência médica e hospitalar a cargo do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Na década de 1980, o Ministério da Saúde criou uma série de ações integradas de saúde, envolvendo Estados e Municípios. Vê-se também a criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, substituído posteriormente pelo SUS, logo que advinda a nova Constituição.

Foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã, que o direito à saúde obteve seu grande impulso de desenvolvimento, sendo reconhecido como um direito fundamental. Desde momento em diante as ações e serviços de saúde passaram a ser acompanhados, medidos e regulados de forma mais intensa pelo direito, tendo observado a consolidação de um campo de estudo voltado exclusivamente para o tratamento jurídico no que se refere ao direito à saúde, destacam-se as Leis 8.080/90 e 8.142/90; os diversos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais; Lei 9.782/99; Lei 9.656/98; e tantas outras criadas com o mote de promover, proteger, recuperar a saúde no Brasil.

Na história do constitucionalismo brasileiro, tivemos Constituições democráticas - 1891, 1934, 1946 e 1988 - e Constituições outorgadas - 1824, 1937 e 1967/1969 - (Paulo, 2005).

As Constituições de 1824 e 1891 não possuem insertas em seu texto nenhum dispositivo relacionado à saúde, muito embora a Constituição do Império tenha sido uma Carta que trouxera algumas inovações voltadas para os direitos humanos do século XX. Notável é a completa alteração do texto constitucional entre ambas em vista dos acontecimentos políticos que marcaram a transição do Brasil Império para Brasil República, que se omitiu quanto aos direitos sociais, representando um retrocesso em relação à Carta do Império (Schwartz, 2001, p. 44).

É na terceira Constituição do Brasil que começamos a enxergar resquícios acerca do assunto. Ainda são bastante reduzidos, mas já denotam a preocupação do legislador com o tema. Para tanto, descreveremos os dispositivos encontrados na Carta Magna de 1934:

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

II - cuidar da saúde e assistência públicas;

Art. 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:

a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e ampliando os serviços sociais, cuja orientação procurará coordenar;

b) estimular a educação eugênica;

c) amparar a maternidade e a infância;

d) socorrer as famílias de prole numerosa;

e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;

f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;

g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

Art. 140 - A União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do País, cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais (Brasil, 1934).

Sob o mesmo enfoque encontramos o artigo 121, §1º, h, da Constituição de 1934, preconizando que a legislação do trabalho observará, entre outros preceitos, “assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego (...)” (BRASIL, 1934).

A Constituição de 1937 não fez grandes alterações ao que já vinha exposto na Carta de 1934. Estabeleceu-se a competência privativa da União para legislar sobre “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” (1937, artigo 16, XXVII). Incumbiu os Estados de legislar sobre “assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais” (1937, artigo 18, c) desde que não houvesse lei federal que tratasse a respeito. Para o caso de haver legislação federal, os Estados poderiam suprir-lhes as deficiências ou ainda editar normas que atendessem às peculiaridades locais.

Quanto às garantias referentes à legislação trabalhista a Constituição de 1937 conferiu os mesmos direitos constantes na Carta de 1934, no tocante à saúde.

Em seguida é concebida a Constituição de 1946, que mantém basicamente os dispositivos do texto de 1937, procedendo apenas a pequenas alterações, tais como o artigo 15, §1º que diz ser isentos do imposto de consumo “os artigos que a lei classificar como o mínimo indispensável à habitação, vestuário, alimentação e

tratamento médico das pessoas de restrita capacidade econômica” (Brasil, 1946). Nessa Constituição, é dito que a legislação do trabalho e da previdência social trabalhará como objetivo de assegurar o bem e a melhoria da condição dos trabalhadores como a higiene e o rigor da saúde moral” (Brasil, 1946).

A Carta de 1967 inova apenas quando dispõe sobre diretrizes para a educação e saúde, atribuindo à União competência para estabelecer planos nacionais acerca destes dois temas (artigo 8º, XIV). No mais, mantém as mesmas garantias da Carta anterior.

A Emenda Constitucional nº 01 de 17 de outubro de 1969, no que toca ao direito à saúde no Brasil, não fez maiores alterações. Tem-se por interessante o que dispõe a alínea “a”, inciso I, do artigo 119, que ora transcrevemos:

Art. 119. Compete ao Supremo Tribunal Federal: I - processar e julgar originariamente;

(...)

o) as causas processadas perante quaisquer juízos ou Tribunais, cuja avocação deferir a pedido do Procurador-Geral da República, quando decorrer imediato perigo de grave lesão à ordem, à saúde, à segurança ou às finanças públicas, para que se suspendam os efeitos de decisão proferida e para que o conhecimento integral da lide lhe seja devolvido (Brasil, 1969).

Na referida Emenda, já se começa a observar a estipulação de diretrizes orçamentárias, quando no artigo 25, § 4º, dispõe que os Municípios aplicarão, em programas de saúde, 6,0% (seis por cento) do valor que lhes for creditado por força do disposto no item II. O planejamento orçamentário já é um grande passo para uma maior dinamização acerca do tema Saúde.

Advinda a Constituição Federal de 1988, o quadro da saúde obteve uma reforma revolucionária quando no atendimento dos preceitos preconizados pelo respeito ao cidadão e proteção à dignidade da pessoa humana, sendo garantida ao longo do texto constitucional uma série de dispositivos que tutelam os cidadãos, não amparados de forma tão veemente nas Cartas anteriores.

O direito à saúde encontra-se disposto no Capítulo II da CF/88, portanto um direito social, e insere no Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais logo, “se os direitos sociais estão insculpidos em um capítulo que se situa e que está sob a égide dos direitos e garantias fundamentais, por certo que os direitos sociais são direitos fundamentais do homem possuindo os mesmos atributos e garantia destes” (Humenhuk, 2002, p.2).

A nova Carta traz em seu bojo a garantia a todos os cidadãos do direito à saúde como dever do Estado para sua promoção, proteção e recuperação, sendo o que dispõe do artigo 196 da CF/88 que ora transcrevemos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988).

Nota-se que esse dispositivo é regido pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços de saúde, portanto o acesso universal e igualitário de que trata o artigo diz respeito à igualdade e equidade que devem ser tratadas as pessoas ao socorrerem-se às ações e serviços na área da saúde.

A Constituição Federal de 1988 atribuiu relevância pública às ações e serviços de saúde, conferindo ao Poder Público a legitimidade para regulá-las, fiscalizá-las e controlá-las. Logo, vê-se a atuação direta e fundamental do Estado quando na elaboração de planos e diretrizes para promoção, proteção e recuperação de ações de saúde, e ainda quanto à sua atribuição de fiscalizar a execução dos serviços de controle e atividades e programas atinentes à saúde pública, nestes termos, é o que se infere do artigo 197 da nossa Carta Magna.

Ao estabelecer a saúde como sendo direito de todos, há de se lembrar que esta, como direito social e insere no texto constitucional como direito fundamental do homem, observa o §1º do artigo 5º do Estatuto Constitucional, determinando que "normas definidoras de direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata". Urge salientar em complemento ao exposto, no que tange ao Direito à Saúde, a eficácia plena destas normas, sendo:

[...] aquelas que, desde a entrada em vigor da Constituição, produzem, ou têm possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais, relativamente aos interesses, comportamentos e situações, que o legislador constituinte, direta e normativamente, quis regular (Moraes apud Silva, p. 7, 2006).

Conceitua-se então, as normas dispostas no corpo do texto constitucional como sendo de eficácia plena e aplicabilidade imediata, aquelas que, "no momento em que entram em vigor, estão aptas a produzir todos os seus efeitos, independentemente de norma integrativa constitucional. Como regra geral criam órgãos ou atribuem aos entes federativos competências" (Lenza, 2008, p. 105).

Pode-se dizer que ao tomar responsabilidade pela execução, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde o Poder Público na figura do Estado, deu ensejo à criação do SUS – Sistema Único de Saúde, como forma de estabelecer planos e diretrizes dinâmicos, aptos a disponibilizar os diversos serviços a serem prestados no atendimento à população, bem como garantir de forma segura e eficaz o seu acesso.

4 BREVES APONTAMENTOS ACERCA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Garantida a proteção ao direito à saúde, com aplicabilidade imediata e força vinculante em seus dispositivos, constantes no bojo da nossa Lei Maior, vê-se que esta tratou também de instituir os meios pelos quais seriam conduzidas as ações e serviços públicos de saúde, sendo posteriormente e mediante legislação infraconstitucional pormenorizadamente reforçado e

especificado o direito à assistência à saúde, bem como as atribuições entre as esferas de governo gestoras do sistema.

Do texto constitucional, em seu artigo 198, observa-se a criação do que se chamou Sistema Único de Saúde, o SUS, transcrito abaixo:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

Criada justamente para regulamentar os dispositivos constitucionais referentes ao direito à saúde, dispondo sobre a promoção, proteção e recuperação de suas ações e serviços, adveio a Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, comumente chamada LOS (Lei Orgânica da Saúde), que descreve o SUS em seu artigo 4º como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (...). (Brasil, 1990).

O Ministério da Saúde em seu sítio eletrônico apresenta o Sistema Único de Saúde como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde os serviços mais simples aos de maior complexidade.

Antes de 1988, a saúde dividia-se em três categorias: aquela destinada aos brasileiros que dispunham de condições para pagar serviços de saúde privados; aos segurados pela previdência social, ou seja, os trabalhadores com carteira assinada; e à categoria dos que não detinham direito algum à saúde; portanto, um modelo excludente de atenção à saúde.

Deste modo, o SUS foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade e precariedade na assistência à saúde pública, tornando obrigatório o atendimento a qualquer cidadão, vedada a vinculação da prestação destes serviços à cobrança pecuniária ulterior, visando-se, portanto, o atendimento igualitário entre os cidadãos, da melhor forma possível, e independente do poder aquisitivo do indivíduo.

Integram o Sistema Único de Saúde os centros e postos de saúde, os hospitais, incluindo os universitários e os privados quando devidamente conveniados pelo gestor de saúde, os laboratórios e os hemocentros. É por meio do SUS que todo cidadão tem direito à realizar consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas, nas diversas esferas de governo, ou às privadas devidamente regulamentadas conforme mencionamos acima.

A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde dispõem acerca das diretrizes e objetivos do SUS, que no esteio dos princípios depreendidos da nossa Carta Magna e

da norma especial da saúde, buscam tratar a saúde de forma estratégica e eficaz na consecução de seus fins.

Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde podem ser categorizados como os doutrinários e os organizacionais.

Compreendem os princípios doutrinários, a universalidade, onde, concebido o direito à saúde como um direito fundamental do homem, passa a ser dever do Estado garantir os meios de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; a integralidade, como bem explica o inciso II, artigo 7º da LOS, o Estado deve dispor de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, segundo Tavares (2007) o atendimento integral refere-se ao próprio serviço, que, no caso, deve abranger todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde; e a equidade, que trata da justiça social com o escopo de diminuir as desigualdades.

No que toca aos princípios organizacionais, temos a regionalização e hierarquização, a descentralização, e a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde.

Como objetivos do Sistema Único de Saúde, artigo 5º da LOS dispõe a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social a redução de riscos de doenças e o acesso universal e igualitário às ações e serviços; e a assistência à saúde com a intervenção das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integral das ações assistenciais e das atividades preventivas (princípio da integralidade de assistência). O artigo 6º do mesmo diploma enuncia as atribuições do SUS:

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - c) de saúde do trabalhador;
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
 - e) de saúde bucal;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de

substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

XII - a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações.

Desta feita, vê-se que o Sistema Único de Saúde é regido por diversos dispositivos que regulam desde seus objetivos, os princípios a que deve se submeter, sua estrutura, até a sua forma de atuação, tudo isso voltado para a consecução dos objetivos norteadores constantes na Constituição Federal de 1988.

Disposto inicialmente no inciso I do artigo 198 da CF/88 e posteriormente assegurado no artigo 7º, inciso IX, alíneas “a” e “b”, da LOS, a descentralização político administrativa do Sistema Único de Saúde, com direção única em cada esfera de governo, de forma a constituir uma rede regionalizada e hierarquizada, garante com muito mais eficácia e inteligência a prestação de serviços em saúde. Senão vejamos, conferir a ênfase da descentralização nos serviços por municípios, nenhum outro dispositivo se nota, melhor para conferir ao ente público mais sensível às realidades de sua população quais as necessidades ou problemáticas de um dado ponto geográfico.

A descentralização não quer dizer a total exclusão da intervenção nas responsabilidades atinentes a cada esfera de governo, mas sim que a execução das ações e serviços de saúde pelo Município, Estado e União devem ocorrer solidariamente, ainda que suas competências estejam discriminadas na lei. Cita-se, a fim de elucidar tal debate, o parágrafo primeiro do artigo 16 da LOS:

Art. 16.

(...)

§ 1º - A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Pelas diferenças sociais, culturais, e próprias de cada região do país, nada mais racional do que estabelecer como diretriz a competência imediata imposta ao Município, pelo simples fato de “estando mais próximo, mais fácil o acesso o poder de controle e fiscalização e maior a agilidade para adoção de eventuais medidas corretivas” (Salazar, Grou, 2009, p. 46).

Salazar e Grou (2009, p. 46) aduzem que:

A descentralização com direção única em cada esfera de governo significa que o SUS, embora uno em suas diretrizes e princípios básicos, em todo o território nacional, deve ser operado em

cada esfera de governo pelo órgão responsável pela saúde. Assim, no âmbito da União, a direção compete ao Ministério da Saúde, nos Estados, Distrito Federal e Municípios, competirá à respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente dirigir o SUS, de acordo com as peculiaridades e interesses de cada região político-administrativa".

E ainda, levando-se em conta a regionalização e a hierarquização como pressupostos da descentralização vemos que:

A hierarquização supõe três ou quatro níveis de complexidade da atenção integral à saúde, organizados cada qual com resolutividade própria. A regionalização, por sua vez, é entendida como a distribuição especial de serviços de saúde, organizados para atender à população de uma região (Salazar; Grou. 2009, p. 46)

Sistematizando a saúde nos critérios de regionalização e hierarquização, obtemos a realização dos serviços organizados em escalas de complexidade, dispostos numa área delimitada e com determinada e específica população a ser atendida. Disposta desta forma, a saúde pública na figura do Estado, detém maior capacidade e efetividade para solução dos problemas em saúde de sua população em uma área delimitada.

A maneira como se procederá ao financiamento da saúde encontra-se prevista na Constituição Federal, bem como nas Leis n.ºs. 8.080/90 e 8.142/90, que dispõem sobre as fontes do financiamento, os percentuais destinados à saúde, e ainda, a divisão e o repasse entre os entes de cada esfera de governo.

A Constituição Federal, em seu artigo 196 garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que a promoverá por meio de políticas sociais e econômicas. E quando instituído o SUS, no artigo 198, o §1º. afirma que seu financiamento se dará com recursos do orçamento da seguridade social, lembrando-se que esta é financiada por toda sociedade mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais dos empregadores, das empresas, dos trabalhadores, sobre a receita de concursos de prognósticos e dos importadores de bens e serviços do exterior.

A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 31, estabelece que o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde os recursos necessários à realização de suas finalidades. Tal tratamento, tão genérico, explica-se pelo fato de que esta norma, a fim de não eivar-se de inconstitucionalidade, não pôde estabelecer um mínimo a ser gasto nas ações e serviços de saúde, já que essa tarefa a Constituição incumbiu à Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Com o mote de complementar a Lei nº 8.080/90 foi criada a Lei nº 8.142/90, normatizando a participação da comunidade na gestão do SUS, e a transferência intergovernamental de recursos financeiros destinados à área da saúde.

A Lei nº 8.142/90, estabelece algumas condições impostas aos Estados, Municípios e Distrito Federal para

que possam receber da União os recursos destinados à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados nas respectivas áreas de competência. O artigo 4º da lei supramencionada dispõe quais as condições exigidas, a saber:

Art. 4 (...)

I – Fundo de Saúde;

II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III – plano de saúde;

IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (Brasil, 1990).

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos aos Estados, Municípios e DF, a LOS – artigo 35 – determina que será utilizada, segundo análise técnica de programas e projetos, a combinação de alguns critérios como o perfil demográfico e epidemiológico da população em uma dada região, características da rede de saúde na área, o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

O artigo 196 da Constituição Federal assegura o direito à saúde como sendo um direito de todos, um direito subjetivo do cidadão, ou ainda, o poder de ação, a faculdade conferida ao particular de exigir determinada conduta em face do Estado. E este, por sua vez, coloca-se na outra ponta desta relação figurando como aquele a quem a lei incumbe tutelar algum direito.

Portanto, é o Estado que deverá, mediante políticas sociais e econômicas, reduzir o risco de doenças e outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação. É a figura do Estado como garantidor dos direitos inerentes a seus cidadãos.

Sendo o SUS operado em cada esfera de governo pelo órgão responsável pela saúde, sabemos que da União até os Municípios, o Sistema Único de Saúde dividirá suas competências entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, todas em atenção às suas atribuições descritas em lei e “de acordo com as peculiaridades e interesses de cada região político administrativa” (Salazar; Grou, 2009, p. 46).

A Constituição Federal, em seu artigo 199 e parágrafos, e a Lei Orgânica da Saúde nos artigos 20 a 23, asseguram ainda a participação da iniciativa privada de forma complementar na assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde, observando os princípios éticos e morais e sem que haja órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, cuja parceria se fará

mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Frise-se ainda, que é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, além de não se admitir a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei (Gandini; Barione; Souza, 2007).

A responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios não implica a distribuição igualitária de atribuições, mas como a Lei 8.080/90 e a própria Constituição dispuseram, as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade.

Denota-se, assim, que, conjugados os dispositivos da Constituição Federal e da LOS, divide-se de modo harmônico entre as esferas de governo as competências geradas pelo dever do Estado de garantir a efetivação do direito à saúde, de modo que cada uma tem sua parcela de responsabilidade, da qual não pode se eximir.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou retratar, de modo sintético, os contornos históricos e jurídicos do direito à saúde no Brasil, apresentando a sua implementação nos textos constitucionais passados até o advento da atual Constituição Federal de 1988. Assim, discorreremos desde o período em que inexistiam previsões e garantias explícitas no ordenamento, até o momento atual, em que o direito à saúde, enquanto um direito fundamental, coloca-se como de cumprimento obrigatório por parte do Estado.

Visando tratar mais especificamente do delineamento histórico e jurídico do direito à saúde, este trabalho não adentrou nas especificidades da judicialização de políticas públicas, nem das recentes decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal, assentadas em sede de repercussão geral (Temas 1234 e 6). Essas decisões representam uma relevante parametrização a ser aplicada para as demandas judiciais que pleiteiam medicamentos ou tratamentos médicos, e, dada as especificidades do assunto, fogem ao escopo inicial deste trabalho. Por certo que as decisões acima mencionadas são de altíssima relevância, uma vez que servirão como paradigma para a atuação estrutural do Poder Judiciário e do Poder Executivo na implementação do direito à saúde nas demandas judiciais, mas, como informado, considerando as especificidades do tema, não se alinham com os objetivos deste trabalho, que busca apresentar os desenhos históricos e jurídicos do direito à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABUJAMRA AITH, Fernando Mussa. **O Direito Achado na Rua: Introdução crítica ao direito à saúde/Consolidação do Direito Sanitário no Brasil**. Série: O Direito Achado na Rua, Vol. 4. Brasília, 2009.

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

BRASIL. **Constituição (1824). Constituição Política do Império do Brasil: outorgada em 25 de março de 1824**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm

BRASIL. **Constituição (1891). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil: promulgada em 24 de fevereiro de 1891**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm

BRASIL. **Constituição (1934). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil: promulgada em 16 de julho de 1934**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm

BRASIL. **Constituição (1937). Constituição dos Estados Unidos do Brasil: outorgada em 10 de novembro de 1937**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm

BRASIL. **Constituição (1946). Constituição dos Estados Unidos do Brasil: promulgada em 18 de setembro de 1946**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm

BRASIL. **Constituição (1967). Constituição da República Federativa do Brasil: outorgada em 24 de janeiro de 1967**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos Sobre Direitos Fundamentais**. Coimbra: Coimbra, 2004.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos Humanos Fundamentais**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

GANDINI, José Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. **A Judicialização do Direito à Saúde: A obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências.** 2007. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/16694/3/Judicializa>.

HUMENHUK, Hewertson. **O Direito à Saúde no Brasil e a Teoria dos Direitos Fundamentais.** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/4839/o-direito-a-saude-no-brasil-e-a-teoria-dos-direitos-fundamentais>.

INDRIUNAS, Luis. **História da Saúde Pública no Brasil.** Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais: Teoria Geral. Comentários aos Arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 115

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MOTTA, Sylvio; BARCHET, Gustavo. **Curso de Direito Constitucional.** Atualizado até a Emenda Constitucional nº 53/2006. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

PAULO, Vicente. **Aulas de Direito Constitucional.** 5. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2005.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 1998.

SCHWARZ, Germano. **Direito à Saúde: Efetivação de uma Perspectiva Sistêmica.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SALAZAR, Andréa Lazzarini; GROU, Karina Bozola. **A Defesa da Saúde em Juízo – Teoria e Prática.** São Paulo, SP: Verbatim, 2009.

SCHWARZ, Germano. **Direito à Saúde: Efetivação de uma Perspectiva Sistêmica.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.