

A Saúde é um Direito!

Health is a Right!

Carlos Emmanuel Fontes Bartolomei¹

Mariana Siqueira de Carvalho²

Maria Célia Delduque³

¹ Consultor BIREME/OPAS/OMS, editor executivo da revista de direito sanitário *Journal of Health Law* do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário e Núcleo de Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (USP), bacharel em Direito, pós-graduando da USP Rua Ministro Sinésio Rocha, 198 – Sumaré CEP 05030-000 – São Paulo – SP e-mail: bartusp@usp.br

² Oficial de Chancelaria, técnica de Cooperação Técnica Recebida Multilateral (CTRM), Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE), bacharel em Direito pela Universidade de Brasília (UnB), especialista em Direito Sanitário pela Universidade de São Paulo (USP), mestranda em Direito Público pela Universidade de Brasília SQS 315 – Bl. G – Ap. 302 CEP: 70384-070 – Brasília – DF e-mail: marianac@abc.mre.gov.br

³ Advogada do Núcleo de Direito Sanitário da Diretoria (DIREB) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em Brasília, especialista em Direito Sanitário pela Universidade de São Paulo (USP), mestranda em Gestão e Planejamento em Meio Ambiente na Universidade Católica de Brasília SHIS QI –03 Conjunto 5 Casa 9 CEP: 71605-250 – Brasília – DF e-mail: delduque@coreb.fiocruz.br

RESUMO

Traça-se uma retrospectiva dos direitos fundamentais até o direito à saúde, trazendo a visão de como os direitos fundamentais estão dispostos na Constituição Federal de 1988, como os direitos sociais fazem parte deste rol e como o direito à saúde é tratado pelo ordenamento jurídico nacional. Salieta-se a necessidade de implementação do direito à saúde pela vontade política para realizar políticas públicas.

DESCRITORES: *Direito à Saúde; Direito Sanitário; Legislação Sanitária.*

ABSTRACT

This article aims present a retrospective of fundamental rights up until the right to health, bringing forward the view of how fundamental rights are approached in the 1988 Brazilian Constitution, how social rights integrate them and how the right to health is regarded by the National Law. The need to implement the right to health through political will to realize public policies is reinforced.

DESCRIPTORS: *Right to Health; Health Law; Legislation Health.*

O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A idéia de direito humano sempre esteve presente nas sociedades, seja por razões religiosas ou filosóficas. Portanto, faz-se necessário conhecer a evolução da idéia de direito humano e de direito fundamental para que se possa compreender a moderna noção do Direito à Saúde.

O primeiro documento estatal a proteger os direitos fundamentais é espanhol, concedido pelo rei Afonso IX, nas cortes de Leão, em 1188, que, já na época, protegia os bens dos súditos, tais como a vida, a honra e a propriedade. Contudo, o mais famoso texto é da Idade Média, esboçando as linhas iniciais de garantia aos direitos fundamentais, a Magna Carta de João-Sem-Terra (*Magna Charta Libertatum*), elaborada no ano de 1215, na Inglaterra. Muito embora os direitos não fossem assegurados a todos os súditos, apenas às classes privilegiadas, proprietárias de terras e capazes de ler em latim,¹ o texto restringia o poder do monarca e apresentava as primeiras chamadas de garantia de direitos.

A partir de então e antes do liberalismo, começaram a surgir numerosas declarações visando garantir aos súditos determinados direitos, como a liberdade de expressão e a liberdade política. Como exemplos ingleses desses documentos pode-

mos citar o *Petition of Rights* (Petição de Direitos) de 1668, Ata de *Habeas Corpus* de 1679 e *Bill of Rights* (Declaração de Direitos) de 1689. Embora a concessão dos direitos assegurados nessas declarações ficasse condicionada à vontade do soberano, é indiscutível que houve um avanço, que fará das revoluções liberais do século XVIII o marco inicial da fase das reivindicações dos direitos humanos dos oprimidos contra os opressores e da

AO LADO DOS DIREITOS INDIVIDUAIS JÁ GARANTIDOS PELO ESTADO LIBERAL, SURGE UM NOVO ELENCO DE DIREITOS, OS DIREITOS SOCIAIS

constitucionalização dos direitos fundamentais. Assim, os ex-colonos ingleses que viviam na América editaram suas declarações de direito e, do mesmo modo, os burgueses franceses, ao tomarem o poder político dos nobres, aprovaram sua declaração. A Declaração de Direitos da Virgínia, de 1776, decorrente da Revolução Americana, e a Declaração Universal dos Direitos

do Homem e do Cidadão, de 1789, decorrente da Revolução Francesa protegiam os direitos em uma acepção individualista, isto é, a função do Estado restringia-se apenas a proteger a propriedade e a segurança dos indivíduos, e as relações sociais e econômicas desenvolviam-se sem a interferência estatal. Foi a fase da consagração dos direitos de liberdade.

No entanto, não era suficiente apenas garantir a liberdade formal dos indivíduos, precisava-se avançar mais. Com a revolução industrial iniciada em meados do século XIX ficou evidente a necessidade de reconhecer certos direitos sociais derivados das reclamações resultantes dos problemas sociais e econômicos surgidos com a industrialização. Assim, ao lado dos direitos individuais já garantidos pelo Estado Liberal, surge um novo elenco de direitos, os direitos sociais.

Após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo inteiro ficou estarrecido com as atrocidades sofridas durante o conflito, começou-se a questionar as condições humanas e a necessidade de garantia efetiva dos direitos humanos. Os Estados viram-se obrigados a dar sentido concreto aos direitos sociais. Tal movimento iniciou-se com a própria Organização das Nações Unidas (ONU), que elaborou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948,

¹ O texto da *Magna Charta Libertatum* era escrito em latim, sendo traduzido para o inglês somente no século XVI.

“fonte mais importante das modernas constituições” (SÜSSEKIND, 1986 p.21) estabelecendo um vasto campo de dispositivos referentes aos direitos sociais, em especial à saúde, a saber:

Art. XXV – Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

A partir desses documentos, os ordenamentos jurídicos de cada país tenderam a garantir internamente os direitos fundamentais (sem perder de vista a necessidade conjunta de internacionalização), sob uma perspectiva de generalização (extensão da titularidade desses direitos a todos os indivíduos). Fruto desse processo, a Constituição brasileira de 1988 é um marco no que tange à garantia dos direitos fundamentais. Em seu Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, o texto constitucional desfia um rol desses direitos, que vão desde os direitos fundamentais de primeira geração, passando pelos de segunda geração até os de terceira geração.²

Bobbio (1992. p.21) assevera que os ditos direitos fundamentais, de primeira geração, consistem em li-

berdades; os direitos sociais, de segunda geração, consistem em poderes, que se realizam por intermédio da imposição de obrigações a outros, incluído o poder público, e os de terceira geração são os direitos individuais e coletivos inexistindo determinação de seus titulares. Schwartz (2003. p.118) particulariza esta idéia com a saúde, esclarecendo que esta é um direito de primeira geração, caracterizado pela titularidade individual e pela possibi-

AS NORMAS SOBRE
DIREITOS FUNDAMENTAIS
CONCRETIZAM-SE POR
INTERMÉDIO DO AGIR POLÍTICO,
SOBRETUDO EM SUA
DIMENSÃO SOCIAL

lidade de ser oposto à vontade do Estado e que por isso se torna um direito irrenunciável, indisponível e inalienável. Esclarece também que a saúde é um direito de segunda geração porque está ligada a um pensamento preventivo e que, portanto, constitui uma vinculação direta e orgânica aos poderes instituídos. Aduz ainda o autor que a saúde é compreendida como direito de tercei-

ra geração, pois tanto diz respeito à individualidade como à coletividade, em uma idéia de direito difuso.

A Constituição Federal do Brasil erigiu a dignidade da pessoa humana a um princípio fundamental. Este é o núcleo informador do ordenamento jurídico brasileiro e o critério de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema instaurado em 1988. Ou seja:

A dignidade humana e os direitos fundamentais vêm constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo sistema jurídico brasileiro. (BARROS, 1996. p.141)

No entanto, para a realização do direito à saúde e demais direitos fundamentais não é suficiente que os mesmos estejam consagrados na Constituição; eles precisam ser vividos indivíduo a indivíduo na sociedade e estará tanto mais cumprido quanto mais os indicadores sociais refletirem condições ideais de vida para todos. Assim, as normas sobre direitos fundamentais concretizam-se por intermédio do agir político, sobretudo em sua dimensão social. É fácil perceber que a efetivação desses direitos torna-se uma questão de operação sistêmica de uma política de direitos fundamentais e que se de um lado está o direito à saúde, constitucionalmente estabelecido, do outro está o dever

² Classificação segundo a Teoria da Geração de Direitos, extraída dos ensinamentos de Norberto Bobbio.

do Estado em garantir o gozo desse direito à população, por intermédio da adoção de políticas públicas que têm como instrumentos de realização o arcabouço legal, a execução de ações e a eleição de prioridades.

ACEPÇÕES DOS TERMOS 'DIREITO' E 'SAÚDE'

Tem o Estado a missão de assegurar a dignidade da pessoa humana, por meio da concretização da igualdade em situações reais. Assim, no que se refere à saúde, direito humano e fundamental, deixa de ser mero garantidor de direitos e liberdades individuais para ser protagonista de prestações positivas que são implementadas mediante políticas e ações estatais. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, quando do preâmbulo de sua Constituição proclamou que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”, ofereceu a matriz embrionária ao ordenamento jurídico constitucional da atualidade, que acolheu o conceito sob dupla perspectiva: a individual, de busca de ausência de moléstia e a coletiva, de promoção da saúde em comunidade. Essa confluência das duas dimensões, individual e coletiva, do direito à saúde é que permite estabelecer algum critério na diferenciação das expressões geralmente utilizadas para se referir a

esse tema: Direito à Saúde, Direito da Saúde e Direito Sanitário.

O direito à saúde pode ser conceituado como o valor ideal da experiência humana, tanto na dimensão individual como na coletiva, erigido a preceito constitucional.

Já o direito da saúde é conceituado como o conjunto de normas jurídicas que regulam as atividades sanitárias estatais e definem os meios de que o Estado dispõe para concretizar esse direito, desde a defini-

A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DO BRASIL ADOTOU O ENTENDIMENTO DE QUE SAÚDE É UM DIREITO ADVINDO DA CONDIÇÃO DE PESSOA HUMANA, INDEPENDENTEMENTE DE QUAISQUER OUTRAS CONDIÇÕES

ção dos aspectos organizacionais e operacionais do sistema de saúde, o estabelecimento da forma e dos critérios a serem observados na formulação e implementação das políticas de saúde até as normas específicas aplicáveis a bens e serviços de interesse à saúde. É o sistema de normas jurídicas que disciplinam as situações que têm a saúde por objeto e regulam a organização e o funcionamento das instituições destinadas à promoção e defesa da saúde.

E, por fim, o direito sanitário, conceituado como o estudo interdisciplinar que permite aproximar conhecimentos jurídicos e sanitários. Em outras palavras, é a disciplina que estuda o conjunto de normas jurídicas que estabelecem direitos e obrigações em matéria de saúde.

É no escopo do direito da saúde que está o tratamento jurídico do tema em toda a sua complexidade de planos constitucional, legal, administrativo, regulatório, civil, penal e internacional. É a legislação em saúde, muito embora este termo tenha um sentido estreito que não alberga a acepção jurídica em toda a sua amplitude, como as fontes do direito, os usos e costumes, a interpretação da literatura doutrinária nem a sucessão convergente e coincidente de decisões judiciais ou de resoluções administrativas (jurisprudência).

FUNDAMENTOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Como dito, a Constituição da República do Brasil adotou o entendimento de que saúde é um direito advindo da condição de pessoa humana, independentemente de quaisquer outras condições, redundando na afirmação de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O modelo de saúde adotado pela ordem jurídica brasileira trouxe um enfoque das ações de saúde pública, não mais com ações pre-

dominantemente curativas, mas com ações preventivas e a idéia de que as doenças não têm apenas causas biológicas, mas também causas sociais: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. Além disso, o texto constitucional reconheceu a essência coletiva do direito à saúde, condicionando sua garantia à execução de políticas públicas:

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.

Mas, enquanto o legislador constituinte não almejou construir um Estado de modelo neoliberal – e para averiguar esta afirmativa basta a leitura dos artigos 1º a 4º da Constituição – o Poder Executivo apoiado pelo Legislativo tem caminhado na direção contrária, mediante a transferência da prestação dos serviços públicos para a iniciativa privada.³

COMPETÊNCIA EM MATÉRIA DE SAÚDE

“O Brasil é uma República Federativa, isto é, optou pela Federação como forma de organização político-administrativa” (SILVA, 1995.

p. 101). O federalismo, como expressão de Direito Constitucional, baseia-se na união de coletividades políticas autônomas que são: União, Estados Federados, Distrito Federal e Municípios.

A Carta Magna descreve, expressamente, as competências de cada esfera de poder público. “Esta distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear do Estado Federal” (SILVA, 1995. p. 454). No federalismo, as competências são distri-

O TEXTO CONSTITUCIONAL RECONHECEU A ESSÊNCIA COLETIVA DO DIREITO À SAÚDE

buídas, necessariamente entre os entes públicos e podem se dar de maneira coordenada ou cooperada. Assim, no federalismo cooperativo os resultados buscados são comuns e do interesse de todos. A decisão tomada em escala federal é adaptada e executada de modo autônomo pelo ente federado, adequando-a às suas peculiaridades e necessidades

(BERCOVICI, 2002). Este tipo de repartição é chamada de competência concorrente e está prevista no artigo 24 da Constituição de 1988. Já no artigo 23, nas chamadas competências comuns, se revela a cooperação. Nesta, a decisão é de todos, mas a execução se realiza em separado, muito embora possa haver, no que se refere ao financiamento das políticas públicas, uma atuação conjunta. O Brasil é um exemplo de federação em que a cooperação é obrigatória.

No que se refere às competências em matéria de saúde, observa-se, que “a CF/88 não isentou qualquer ente federativo da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde”. (DALLARI, 1995. p. 42). A atuação conjunta e coordenada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios é uma imposição constitucional. Portanto, a saúde – “dever do Estado” (artigo 196) – é responsabilidade constitucional de todos.

O SUS COMO INSTRUMENTO PARA A APLICAÇÃO DAS NORMAS SANITÁRIAS

Como já exposto, a implementação do direito à saúde vincula-se intrinsecamente a elaboração e realização de políticas públicas. Para tanto, a Constituição previu instrumentos realizadores ou garantidores dessa implementação. O Siste-

³ Ver o “Plano Diretor da Reforma do Estado”, documento emanado pela Presidência da República em novembro de 1995, proposto pelo então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, sr. Luiz Carlos Bresser Pereira.

ma Único de Saúde (SUS) é o mais importante deles.

A criação constitucional do SUS é uma vitória dos movimentos sociais de apoio à Reforma Sanitária, que acabaram sensibilizando um grupo de parlamentares membros da Assembléia Nacional Constituinte com a demonstração pungente da inadequação do sistema de saúde então vigente, que não conseguia enfrentar problemas sanitários como: quadro de doenças de todos os tipos, baixa cobertura assistencial da população, ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos etc., conforme Westphal & Almeida (2001).

A partir dessa pressão social, a Constituição Federal de 1988 previu a estruturação das ações e serviços de saúde em um sistema único, o SUS. A idéia de unidade afasta a possibilidade de os entes públicos componentes do SUS constituírem sistemas autônomos ou subsistemas de saúde. Aliás, a própria referência constitucional a um sistema de saúde já traz de imediato a idéia de ordenação e unidade, ou seja, “um conjunto de conhecimentos ordenados segundo princípios que devem ser seguidos de forma unívoca pelas três esferas de governo” (CANARIS, 1996. p. 9). Para Afonso (1994. p. 360), o único programa setorial de descentralização que relativamente prosperou foi o da saúde.

O SUS tem as suas principais atribuições previstas no art. 200, da CF/88, que vão desde “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde” (inciso I) até “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (inciso VIII). “As suas atribuições têm como objetivo a promoção (eliminar ou controlar as causas das doenças e dos agravos), proteção (prevenir riscos e exposições a doen-

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL
DE 1988, APOIANDO-SE
NESTES IDEAIS DE DEMOCRATIZAÇÃO
DOS ESPAÇOS DECISÓRIOS, CONSAGROU
A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE
COMO DIRETRIZ DO SUS

ças) e recuperação (atuar sobre o dano já existente) da saúde” (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001. p. 36). Para alcançar essas metas, o SUS, por meio de sua direção em cada esfera governamental (Secretários de Saúde, Estaduais e Municipais, e Ministro da Saúde), deverá promover as políticas públicas necessárias, com determinada autonomia, até para destinar recursos para programas de saúde específicos.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE
NA APLICAÇÃO DAS NORMAS
SANITÁRIAS — O CONTROLE SOCIAL

A pressão dos movimentos sociais sanitários realizada no momento da Constituinte ensejou a introdução de novos instrumentos de participação social na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas, em especial no que tange ao setor saúde. Em seu artigo 198, a Constituição Federal de 1988, apoiando-se nestes ideais de democratização dos espaços decisórios, consagrou a ‘participação da comunidade’ como diretriz do SUS.

A Lei 8.080/90 reafirmou a participação da comunidade no SUS, porém, teve seu artigo 11, que regulamentava esta participação, vetado pelo então Presidente da República Fernando Collor. O dispositivo estava inserido no capítulo “Da Organização, da Direção e da Gestão”, e o seu veto demonstrou a enorme dificuldade que existia (e ainda existe) para a implementação das conquistas da Reforma Sanitária já consagradas na Magna Carta.

A Lei 8.142/90 retomou quase literalmente o dispositivo vetado, regulamentando assim a participação da comunidade no SUS. Em seu artigo 1º, estabelece que cada esfera do governo deve contar com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas de participação social.

Tem-se, assim, a tentativa de desdobramento inicial da previsão cons-

titucional de construção de esferas de participação social, com o objetivo de efetivar o princípio da democracia participativa no âmbito da saúde. A Constituição Federal de 1988, de forma tímida, porém concreta e incontestável, contempla tal princípio, ao dispor que “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (art. 1º, § único), além de prever, em outros dispositivos, a participação social na implementação de políticas públicas no que tange não só à saúde, mas à assistência social, à criança e do adolescente, ao processo de organização das cidades, etc.

Percebe-se, portanto, que “a Constituição foi capaz de incorporar novos elementos culturais, surgidos na sociedade, na institucionalidade emergente, abrindo espaço para a prática da democracia participativa” (SANTOS, 2002, p. 33). Nesse contexto, surgem os conselhos de saúde.

“Não é um fenômeno novo no Brasil, nem exclusivo da área da saúde, porém não há na atualidade nada semelhante aos conselhos de saúde, com a sua expressiva representatividade social, atribuições e poderes legais, além da extensão de sua implementação, englobando as esferas municipais, estaduais e federal e, em alguns lugares, ainda há conselhos locais e regionais.” (CARVALHO, 1995, p. 30-31)

As competências legais básicas dos conselhos de saúde em todas as esferas encontram-se no art. 1º, pa-

rágrafo 2º, da Lei 8.142/90, e podem ser divididas em dois grandes campos: a área de planejamento e controle, cujo tema principal é o do financiamento; e a área de articulação com a sociedade, com a atribuição de organizar as conferências de saúde, examinar denúncias e propostas populares, e também estimular a participação comunitária no controle da administração do SUS (Resolução 33/92, do Conselho Nacional de Saúde – CNS). As atribui-

A SAÚDE É DIREITO
FUNDAMENTAL, INDIVIDUAL
E COLETIVO, E NÃO MERA
CONCESSÃO DO PODER ESTATAL
OU PALAVRAS BONITAS
ESCRITAS NA CONSTITUIÇÃO

ções específicas de caráter executivo também estão na seara da competência legal dos conselhos, que cada vez mais participam na cadeia decisória da administração do SUS, como instância deliberativa e recursal.

Pelo exposto, parece claro que os conselhos de saúde significam hoje bem mais que uma prescrição legal de alcance duvidoso. Eles entraram em cena, trazendo consigo a estréia de alguns novos atores sociais. A sua existência e funcionamento pos-

sibilitam a participação sistemática de milhares de pessoas no debate e na busca de soluções para os problemas de saúde.

“É possível que hoje o número de conselheiros de saúde, entre os quais os usuários são maioria, já se aproxime, talvez ultrapasse, o número de vereadores, o que configura uma situação inédita não só no setor saúde, mas no conjunto das políticas públicas.”
(CARVALHO, 1995, p. 30-31)

Dessa forma, os conselhos de saúde são importante instrumento para a efetivação do SUS e para a garantia do direito à saúde a todos. Por meio de suas atribuições e poderes, esses órgãos podem intervir nas políticas estatais referentes à saúde direta ou indiretamente, exigindo que o Estado atue quando omissivo e controlando as suas ações.

CONSTRUÇÃO DO DIREITO DA SAÚDE

É preciso que todos saibam que a saúde é direito fundamental, individual e coletivo, e não mera concessão do poder estatal ou palavras bonitas escritas na Constituição. É certo que a legislação sanitária brasileira é muito mais avançada que a situação fática do país, o que não invalida o paradigma do conceito de saúde amplo, que deve ser perseguido pelo esforço de todos os atores sociais comprometidos com o sistema a fim de buscar e construir o SUS que queremos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, José Roberto Rodrigues. Descentralização Fiscal: revendo Idéias. In: *Ensaaios FEE*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 1994.
- BARROS, Suzane de Toledo. *O Princípio da Proporcionalidade e o Controle de Constitucionalidade das Leis Restritivas de Direitos Fundamentais*. Brasília, DF: Ed. Brasília Jurídica, 1996, 141p.
- BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de Políticas Sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro. *Revista de Direito Sanitário*, v. 3, n. 1, 2002
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. *Constituição Brasileira*. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.
- CANARIS, Claus-Wilhelm. *Pensamento sistemático e conceito de sistema na Ciência do Direito*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996. 2. ed. p. 9-10.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. p. 30-31.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: HUCITEC. 1995. 42 p.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 33.
- SCHWARTZ, Germano. Gestão Compartida Sanitária no Brasil: possibilidade de efetivação do direito à saúde. In: ———. (Org.). *A saúde sob os cuidados do Direito*, UPF, 2003.
- SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros; 1995. 11.ed. p. 101, 454.
- SÜSSEKIND, Armando. *Direitos Sociais na Constituinte*. Rio de Janeiro: Freitas Barros, 1986. p. 21.
- WESTPHAL; ALMEIDA (Org.). *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: EDUSP. 2001. p. 33.