

Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo

Principle of universal access to health and unjustified requirement of proving hypo sufficiency in court

Luciano Moreira de Oliveira¹

Resumo

Expõe-se, neste artigo, tese aprovada no I Congresso Mineiro de Direito à Saúde e no IX Congresso do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Analisa-se a possibilidade de utilização de critério econômico (hipossuficiência) no julgamento de demandas judiciais por prestações que possuem por fundamento o direito à saúde, tendo em vista a garantia constitucional de acesso universal às ações e serviços de saúde no Brasil. Nesse sentido, após examinar o conceito, as razões e fundamentos jurídicos do princípio da universalidade, verifica-se se o princípio é mitigado quando se exige a comprovação de carência de recursos em demandas que versam sobre o direito à saúde, bem como se tal exigência é permitida pelo ordenamento jurídico brasileiro. Ao final, apresenta-se a conclusão do estudo, afirmando-se a impossibilidade de utilização do critério em referência, o qual contraria a Constituição Brasileira.

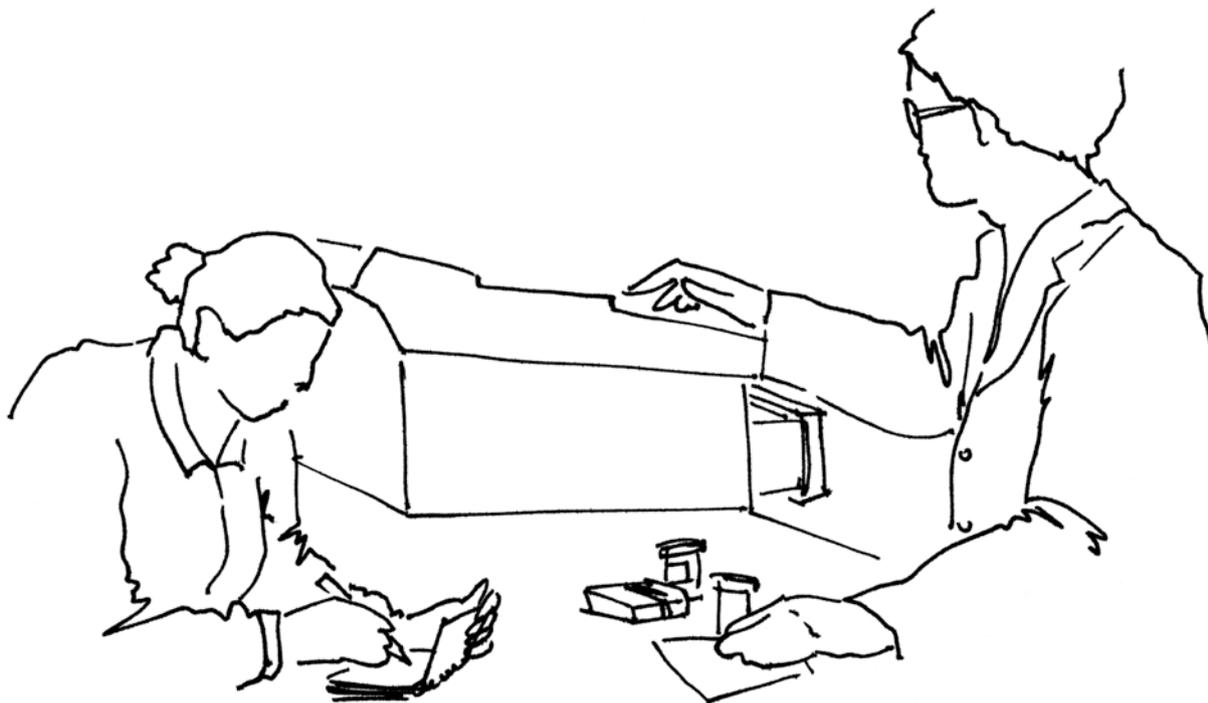
Palavras-chave: Direito à saúde; universalidade; judicialização da saúde

Abstract

This paper aims at explaining the thesis approved in the First Congress of Mining Right to Health and the Ninth Congress of the Public Prosecutor Office of the State of Minas Gerais. It analyzes the possibility of using the economic criterion (hypo sufficiency) in the trial of lawsuits for benefits on grounds that have the right to health in view of the constitutional guarantee of universal access to health actions and services in Brazil. Accordingly, after examining the concept, the reasons and legal basis of the principle of universality, it appears that the principle is mitigated when it requires proof of lack of resources demands that deal with the right to health as well as whether such a requirement is permitted by Brazilian law. Finally, we present the study conclusion, stating the inability to use the criterion in question, which contradicts the constitution.

Key words: Right to health; universality; legalization of health

¹Luciano Moreira de Oliveira (luciano_lmo@ig.com.br) é promotor de justiça do Estado de Minas Gerais, especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e professor universitário.



Introdução

A Constituição vigente (CR/88) foi pioneira em assegurar, expressamente, a saúde como direito fundamental no País. Mesmo estabelecendo a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III da CR/88) e prevendo a inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, *caput*, da CR/88), o constituinte fez questão de definir a saúde como direito social (art. 6º da CR/88) e tratar do tema sob realce no âmbito da seguridade social (art. 196 ao art. 200 da CR/88).

Referida normatização é uma grande conquista da sociedade brasileira e resultado de um processo de ampla mobilização e debate, que foi promovido, primeiramente, pelos ativistas do movimento de reforma sanitária e, posteriormente, por diversos segmentos da sociedade durante a Constituinte.

As propostas do movimento reformista refletiam os anseios por um novo modelo de saúde para o Brasil, contraposto às políticas fragmentárias, com enfoque simplesmente em cura, seguindo lógica centrada em doenças e no atendimento em hospital. Até então, apenas uma parcela da população – trabalhadores formais – tinha acesso garantido aos limitados serviços públicos disponíveis, que estavam concentrados nos grandes centros urbanos. Aos demais, restavam o pagamento direto ao prestador de serviço ou a caridade, objeto das entidades religiosas.

Diante dessa realidade, buscou-se assegurar a todos igualmente o acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, satisfazendo as necessidades plenas do indivíduo. As ações e serviços públicos de saúde, conforme restou consagrado na Constituição, devem ser organizados em sistema único, financiado por toda a sociedade, nos termos do art. 195 da CR/88, resguardada, no entanto, à iniciativa privada, a possibilidade de exploração da assistência à saúde.

A despeito dos antecedentes expostos, doutrina^{II} e jurisprudência brasileiras^{III} têm definido como critério para garantia de prestações que tenham por fundamento o direito à saúde a comprovação de carência de recursos, que já foi tratada como fato constitutivo do direito do autor.

^IOliveira (2007)⁹, Figueiredo (2007)⁶, Ramos (2005)¹¹, Sarlet (2008)¹⁴ e Lima (2008)⁷ propõem a hipossuficiência como critério para o deferimento de prestações pleiteadas em juízo.

^{II}Dois acórdãos exemplificam a tendência de utilização do critério de carência de recursos para exame das demandas que tratam do direito à saúde. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro deu provimento a recurso do Estado do Rio de Janeiro e julgou improcedente pedido formulado em face do mesmo ao argumento que “o Estado, *lato sensu*, só está obrigado ao fornecimento de medicamentos aos cidadãos que não dispõem de recursos próprios para adquiri-los”¹². De seu turno, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais⁸ já elegeu como um dos critérios para deferimento de tutela jurisdicional concernente a prestações destinadas a salvaguardar o direito à saúde a hipossuficiência do usuário⁸. Igualmente, proposta de súmula vinculante de iniciativa do Defensor Público-Geral da União tramita no STF para afirmar a responsabilidade solidária dos entes para assegurar o acesso a tratamentos e medicamentos para pessoas carentes e permitir o bloqueio de verbas públicas para dar efetividade às referidas decisões.

Nesse sentido, dados da pesquisa Saúde nos Tribunais: jurisprudência e políticas públicas em confronto, realizada pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) e pelo Ministério Público de Minas Gerais (MP/MG), revelam que, do total de acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJ/MG) que tratam do direito à saúde e que foram pesquisados (5.813), em 33,82% (1966) estava presente no fundamento o argumento de que o requerente não possui condições econômicas para arcar com os custos do pedido. De outro lado, em apenas 2,89% (168) dos acórdãos pesquisados, afirmou-se que o deferimento do pedido independe da condição econômica do requerente^{IV}.

Perante esse quadro de aparente contradição, pretende-se discorrer acerca do princípio da universalidade e a sua compatibilidade com a exigência de comprovação de carência de recursos.

Universalidade: conceito, razões e fundamentos jurídicos

O emprego da expressão universalidade e as referências ao acesso universal à saúde pelos operadores do Direito são, corriqueiramente, imprecisos. Frequentemente, utiliza-se o princípio da universalidade para tratar do objeto de ações propostas, confundindo-o com o princípio da integralidade.

Quando se fala em universalidade, refere-se ao acesso às ações e serviços de saúde, como deixam claro o art. 196 da CR/88 e o art. 7º, I da Lei 8.080/90. Trata-se, pois, da titularidade do direito, e não de seu objeto.

Nesse contexto, a garantia de acesso universal pode ser resumida na expressão constitucional de que “a saúde é direito de todos”, o que veda o estabelecimento de pré-requerimento ou discriminações para a fruição do direito. Todos, pela só condição de pessoa, têm direito à saúde e ao acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CR/88).

A previsão da saúde como direito de todos, na Constituição de 1988, resultou de mobilização da sociedade brasileira, deflagrada pelo movimento de reforma sanitária referido na introdução do trabalho. Tal movimento teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 e propôs as bases do novo modelo de saúde que a Constituição de 1988 consagrou com a previsão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A mobilização brasileira em favor da garantia do acesso universal à saúde veio em consonância a propostas internacionais. Nesse sentido, a Declaração de

Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978, enfatizou que a saúde é um direito humano fundamental e propôs a meta de *Saúde para Todos no Ano 2000*, orientada pelos cuidados primários de saúde.

A declaração de Alma-Ata ainda possui marcante atualidade. A meta proposta não foi alcançada, sendo evidentes as desigualdades no acesso à saúde entre os países e também no interior deles. Além disso, a expansão dos cuidados primários em saúde permanece necessária e comprovadamente eficaz para promover melhoria nos indicadores de saúde e equidade, segundo os sanitaristas.

O Relatório Mundial de Saúde de 2008, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), voltou ao tema dos cuidados primários de saúde propondo aos países membros quatro conjuntos de reformas para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com alicerce nos valores e princípios dos cuidados de saúde primários. Genericamente, tais reformas foram nominadas como reformas da cobertura universal, da prestação de serviço, da política pública e da liderança.

Interessa, no momento, o primeiro conjunto de reformas referido. Propõe a OMS reformas que “garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso *universal* e da proteção social da saúde”¹⁰ (p.16). Para a OMS, a cobertura universal deve ser financiada por meio de contribuições pré-pagas, evitando-se despesas diretas aos prestadores de serviço, que muitas vezes são impossíveis de serem assumidas pelo usuário e outras sacrificam o mesmo e sua família. Além disso, sistemas não universais são marcados por restrições e desigualdades de acesso.

Para a OMS, a cobertura universal, embora não seja por si só suficiente para atingir a equidade em saúde, é um alicerce imprescindível. Segundo a entidade: “O passo mais fundamental que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não-pessoais, com proteção social da saúde”¹¹. (p. 27)

A Constituição de 1988, em primeira linha, estabeleceu, como sabido, entre os fundamentos da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III). De outro lado, dentre os objetivos do Estado, encontram-se “construir uma sociedade livre, justa e solidária” e “promover o bem de todos, sem preconceitos

^{IV}Disponível em <http://spdisa.gti.esp.mg.gov.br/publico>. Acesso em 24/01/2010.

de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3º, I e IV da CR/88).

Tratando dos direitos fundamentais, a Constituição previu, entre os direitos individuais, a inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, *caput*). Conjugada ao princípio da dignidade da pessoa humana e o disposto no art. 5º, §2º da CR/88, a norma seria suficiente para se assegurar o direito à saúde. Nada obstante, este encontra previsão autônoma, dissociada do direito à vida, tratando-se de direito fundamental, da espécie dos direitos sociais, nos termos do art. 6º da CR/88.

No recente julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, o Supremo Tribunal Federal (STF)³, partindo do voto condutor do ministro Gilmar Mendes, ratificou e fixou várias premissas acerca dos direitos fundamentais, dos direitos sociais e do direito à saúde. Neste ponto, cacha salientar que o STF reafirmou que os direitos sociais são direitos fundamentais e que, no Brasil, sua efetivação não encontra obstáculos jurídicos existentes em outros países, pois se submetem ao mesmo regime jurídico que as demais espécies do grupo. Nesse sentido, foram confirmados os precedentes da corte destacando a existência de direito subjetivo a prestações, em especial o AgR-RE 271.286-8/RS, segundo o ministro Celso de Mello.

Assegurada a saúde como direito fundamental, isto é, direito humano positivado no Brasil, a cláusula de universalidade é corolário inexorável⁴. Isto porque o acesso aos direitos fundamentais depende, unicamente, do pertencimento à espécie humana e de nenhum outro requisito, sob pena de redefinição do próprio conceito de humanidade e retrocesso no estágio civilizatório alcançado⁵.

Com efeito, embora possa soar evidente que os direitos fundamentais são devidos a todos, trata-se, em verdade, de conquista da sociedade moderna, tendo se manifestado, pioneiramente, na Declaração de Direitos do Homem, de 1789, sob a influência do ideário da revolução francesa. Até então, as declarações de direitos tinham abrangência limitada, destinando-se a uma parcela da sociedade ou a um determinado povo².

A par da enfática normatização já citada, o constituinte tratou da saúde no âmbito da seguridade social, esta abrangendo, ademais, previdência e assistência social. Nos artigos 196 a 200, estão expressos os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, conferiu-se às ações e serviços de saúde – públicos ou privados – relevância pública e esboçou-se o SUS, orientado pelas diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

É necessário ressaltar que a garantia de acesso universal à saúde não pode ser classificada como atitude irresponsável ou desconectada da realidade social. Isso porque a correspondente fonte de financiamento para o setor, como de resto para a seguridade social, encontra previsão no art. 195 da CR/88, que atribui responsabilidade a *toda a sociedade*, através de contribuições e receitas dos orçamentos da União, Estados e Municípios (art. 198, §1º da CR/88).

Em conformidade com as premissas expostas, pode-se afirmar que, entre os princípios que norteiam o direito à saúde no Brasil, a universalidade goza de prevalência *prima facie* diante dos demais. Isso porque a Constituição, a par de estabelecer que *a saúde é direito de todos*, dispôs, ainda, que referido direito deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao *acesso universal e igualitário* às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Assim, conclui-se que, em eventual conflito entre a garantia individual do direito à saúde e políticas públicas organizadas para atender às necessidades da população, deve-se tender à segunda alternativa, havendo necessidade de maior carga de argumentação para agir em sentido contrário.

Percebe-se que o acesso universal às ações e serviços de saúde, a par de ser reconhecido como o caminho para se atingir a equidade em saúde, é direito fundamental, cuja mitigação acarreta inquestionável inconstitucionalidade por ofensa ao art. 60, §4º, IV da CR/88.

É possível exigir a comprovação da hipossuficiência como requisito para o deferimento de prestações pleiteadas em juízo?

Como se demonstrou acima, a hipossuficiência tem sido utilizada como fundamento de decisões judiciais que tratam do direito à saúde. Embora muitas vezes a afirmação da hipossuficiência seja um argumento a mais, usado para dar sustentação a um provimento judicial de procedência do pedido, há casos em que a afirmada ausência de demonstração leva ao julgamento de improcedência.

³Acórdão proferido no agravo de instrumento nº 2005.04.01.032610-6/PR, o Tribunal Regional Federal da 4ª Região manteve decisão de primeira instância que, em antecipação de tutela, determinava a realização de transplante de medula óssea a estrangeiro em situação irregular no Brasil. Na ocasião, afirmou-se que “o art. 5º da Constituição Federal, quando assegura os direitos e garantias fundamentais a brasileiros e estrangeiros residentes no País, não está a exigir o domicílio do estrangeiro. O significado do dispositivo constitucional, que consagra a igualdade de tratamento entre brasileiros e estrangeiros, exige que o estrangeiro esteja sob a ordem jurídico-constitucional brasileira, não importa em que condição. Até mesmo o estrangeiro em situação irregular no País, encontra-se protegido e a ele são assegurados os direitos e garantias fundamentais”⁴.

No julgamento da apelação n° 2004.001.04764, relatada pela desembargadora Maria Christina Louchard de Góes, em que um usuário pleiteava o fornecimento de medicamentos ao município do Rio de Janeiro, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, reexaminando a decisão de primeira instância, reformou-a e julgou improcedente o pedido sob o argumento de que o autor não se desincumbiu do ônus de provar fato constitutivo do seu direito (art. 333, I do CPC), qual seja: a ausência de condições econômicas de adquirir os medicamentos que pleiteou.

Paradoxalmente, os desembargadores afirmaram que as doenças do autor e a necessidade de consumo dos medicamentos^{vi} restaram provadas. Contudo, decidiram por reformar a sentença e julgar improcedente o pedido afirmando que “o Estado, *lato sensu*, só está obrigado ao fornecimento de medicamentos aos cidadãos que não dispõem de recursos próprios para adquiri-los”¹².

Como já se demonstrou, a universalidade do acesso à saúde é uma conquista da sociedade brasileira, é imprescindível para se atingir a equidade em saúde e está expressamente consagrada na Constituição, integrando o direito fundamental em comento. Assim, restrições ao acesso à saúde, fundamentadas em critérios econômicos, constituem irreparável retrocesso, estão na contramão do que propõem a OMS e os estudiosos da saúde pública e, por fim, transgridem e subvertem o sentido da Constituição.

Primeiramente, ratifica-se que a saúde é direito humano positivado no ordenamento jurídico brasileiro. Estes, os direitos humanos, possuem implícita a cláusula de universalidade de acesso, porquanto devidos a todos pela sua só condição de humanidade, independentemente de qualquer requisito¹⁵. Dessa forma, a oposição de barreiras econômicas para o acesso ao direito à saúde redefine o conceito de humanidade, retrocedendo o estágio civilizatório alcançado.

De outro lado, como já dito, os direitos à vida e à saúde foram consagrados no Brasil como direitos fundamentais (art. 5º, *caput* e art. 6º, ambos da CR/88), sendo certo que a Constituição estabeleceu a universalidade como princípio que norteia o acesso à saúde (art. 196 da CR/88). Referido princípio está ainda ratificado no art. 7º, I da Lei 8080/90, que determina “a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Em consonância com o que se afirmou acima, no julgamento da STA 175, o ministro Gilmar Mendes, em seu

^{vi}Não constam do acórdão quais foram as doenças afirmadas pelo autor e os medicamentos pleiteados.

voto, lembrou que o constituinte estabeleceu um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde. Destacou, ademais, a decisão proferida pela ministra Ellen Gracie na STA 91, ocasião em que esta ressaltou que o art. 196 da CR/88 refere-se à efetivação de políticas públicas que alcancem toda a população.

Advirta-se que a interpretação das normas que tratam de direitos fundamentais deve ser extensiva¹³, buscando efetivá-los. Daí se conclui que ao intérprete não cabe estabelecer barreiras de acesso ou exigências não previstas no ordenamento jurídico.

Ainda examinando o texto da Constituição, reafirma-se que a universalidade encontra sustentação na base de financiamento do SUS, prevista no art. 195. Segundo este, a seguridade social, integrada pela saúde, previdência e assistência social, é financiada por toda a sociedade, através de contribuições. Assim, o subfinanciamento da saúde^{vii}, responsabilidade do Estado, não pode ter por consequência a restrição de direito fundamental para o qual houve prévia contribuição de todos.

Prosseguindo, deve-se ressaltar que a OMS definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Imprescindível, pois, que cada um viva em uma comunidade saudável. Dessa forma, o critério proposto ignora a complexidade das relações sociais, e que a saúde, por vezes, se manifesta como direito difuso, razão pela qual se torna inviável a limitação de acesso.

O texto constitucional ainda estabelece que a saúde impõe o desenvolvimento de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação (art. 196), razão pela qual não se pode confundir ou limitar direito à saúde à mera prestação de serviços de caráter de cura. Nesse sentido, a limitação de acesso a prestações sanitárias ao argumento de que o autor não comprovou ser carente é míope, uma vez que ignora numerosas atribuições quotidianamente desempenhadas pelo SUS em favor da sociedade, sem distinção dos beneficiários.

A proposta em exame, ademais, está em descompasso com a organização da seguridade social. Isso

^{vii}Segundo dados da OMS (*World Health Statistics*, 2009), os gastos públicos anuais em saúde no Brasil são da ordem de US\$ 323 per capita, medidos pelo conceito de paridade por poder de compra, segundo dados do ano de 2006. Comparado com países vizinhos, verifica-se que, nesse período, os gastos públicos em saúde foram de US\$ 549 *per capita* na Argentina, US\$ 363 no Chile, US\$ 396 na Colômbia e US\$ 362 no Uruguai. Para assegurar recursos mínimos para o setor saúde, aprovou-se a emenda constitucional n° 29 em 2000. Nada obstante, até o momento, não há legislação tratando do tema, o que tem dificultado a cobrança do seu cumprimento pelos entes da federação, sobretudo em razão das discussões acerca do conceito sobre ações e serviços públicos de saúde.

porque, já dito, a seguridade social abrange a saúde, a previdência e a assistência social. A saúde é direito fundamental, orientado, destarte, pelo princípio de universalidade do acesso. De seu turno, para reduzir a desigualdade econômica e atender ao disposto no art. 3º, III, a Constituição previu a assistência social, expressamente destinada aos necessitados (art. 203). Assim, é indevida a discriminação por renda para análise do direito à saúde, devendo orientar a assistência social.

Por ter finalidade diversa da assistência social, a Lei 8080/90 estabeleceu que o SUS deve se valer da “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (art. 7º, VII). Assim, conclui-se que a equidade em saúde deve ser buscada por meio de indicadores epidemiológicos, o que não implica mitigação do princípio da universalidade.

Por fim, ratifica-se que a exigência de carência de recursos para acesso à saúde não encontra previsão no ordenamento jurídico. Assim, ao admiti-lo, o magistrado atua com liberdade absoluta, uma vez que não há qualquer parâmetro para análise. Nesse sentido, o autor da ação fica sujeito à discricionariedade do magistrado, que desconhece as implicações e consequências das doenças para o indivíduo e sua família.

Conclusões

A universalidade é princípio que norteia o direito à saúde no Brasil, nos termos do art. 196 da CR/88, e implica o acesso de todos a ações e serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação. Referido princípio é uma importante conquista da sociedade brasileira e um imprescindível alicerce para se atingir a equidade em saúde.

Restrições ao acesso à saúde, fundamentadas em critérios econômicos, constituem irreparável retrocesso, estão na contramão do que propõem a OMS e os sanitaristas e, por fim, transgridem e subvertem o sentido da Constituição. Nesse sentido, a definição de prioridades em saúde deve utilizar a epidemiologia, como estabelece o art. 7º, VII da Lei 8.080/90.

Assim sendo, a exigência de comprovação de hipossuficiência em ações que tratam do direito à saúde é indevida e contraria a Constituição, sendo grave equívoco considerar que a carência de recursos é fato constitutivo do direito em demandas sobre saúde.

Referências

1. Alexy R. Direitos fundamentais no estado constitucional democrático: para a relação entre direitos do homem, direitos fundamentais, democracia e jurisdição constitucional. *Revista de Direito Administrativo* 1999 jul./set; (217): 55-66.
2. Bonavides P. *Curso de Direito Constitucional*. 22. ed. São Paulo: Malheiros; 2008.
3. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo regimental na suspensão de tutela antecipada n. 175. Relator: Ministro Gilmar Mendes. *Diário de Justiça da União, Brasília*, p. 54, 25 mar. 2010 [online]. [acesso em 19 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>.
4. Brasil. Tribunal Regional Federal da Quarta Região. Agravo de Instrumento n. 2005.04.01.032610-6. Relatora: Desembargadora Federal Vânia Hack de Almeida. *Diário de Justiça da União, Brasília*, p. 688, 01 nov. 2006.
5. Canotilho JG. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina; 2003.
6. Figueiredo MF. *Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2007.
7. Lima RSF. *Direito à saúde e critérios de aplicação*. In: Sarlet IW, Timm LB, organizadores. *Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2008. p. 265-283.
8. Minas Gerais. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação n. 1.0707.07.152307-0/001(1). Relatora: Desembargadora Vanessa Verdolim. 25 nov. 2.008 [online]. [acesso em: 21 maio 2009]. Disponível em: http://www.tjmg.gov.br/juridico/jt_/>.
9. Oliveira FCS. *Direito de proteção à saúde: efetividade e limites à intervenção do Poder Judiciário*. *Revista dos Tribunais* 2007 nov; 96 (865):54-84.
10. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários agora mais que nunca*. Lisboa: Alto Comissariado de Saúde; 2008.
11. Ramos MCS. *O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal*. *Revista de Direito Administrativo* 2005 out./dez; 22:147-165.
12. Rio de Janeiro. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação n. 2004.001.04764. Relatora: Desembargadora Maria Christina Goes. 17 maio 2005 [online]. [acesso em: 21 maio 2009]. Disponível em: <http://www.tj.rj.gov.br/>.
13. Salgado JC. *Princípios hermenêuticos dos direitos fundamentais*. *Revista da Faculdade de Direito da UFMG* 2001 jan./jun; (39): 245-266.
14. Sarlet IW, Figueiredo MF. *Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações*. In: Sarle IW, Timm LB, organizadores. *Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2008. p.11-53.
15. World Health Organization. *World Health Statistics 2009*. Genebra: WHO Press; 2009.