

## **DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: PRIMEIROS PASSOS DA VIGÊNCIA DA LEI COMPLEMENTAR 141<sup>1</sup>**

### **FUNDAMENTAL RIGHTS AND SOCIAL POLICIES IN HEALTH: FIRST STEPS INTO FORCE OF THE LAW ADDITIONAL 141**

Maria Goretti Dal Bosco<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

O presente trabalho pretende abordar o direito à saúde enquanto direito fundamental social âmbito das políticas públicas efetivadas no Brasil no período posterior à aprovação da Lei Complementar n. 141, de janeiro de 2012, a qual estabeleceu limites mínimos para investimentos em saúde pública no âmbito dos governos Federal, Estaduais e municipais. A Lei regulamentou as previsões da Emenda Constitucional n. 29/2000, a qual tratava daqueles percentuais em atenção à ausência de regulamentação infraconstitucional prevista no art. 77 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição de 1988. Ali estavam definidos transitoriamente os percentuais a serem aplicados em saúde pública pela União, Estados e Municípios até o exercício financeiro de 2004. A EC 29/2000 veio alterar o art. 77 do ADCT, e estabelecer os percentuais mínimos do Orçamento de cada uma das esferas de poder e a necessidade de regulamentação do tema a cada cinco anos, por Lei Complementar, a qual deveria ter sido editada ainda em 2005, mas apenas em 2012 foi votada pelo Congresso Nacional. O estudo passa pela discussão do direito à saúde, os investimentos realizados até o advento da regulamentação da Lei Complementar e a avaliação do cumprimento da nova norma jurídica pelos entes federativos nos três níveis, através da destinação de recursos nos respectivos orçamentos públicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos fundamentais; Direito à saúde; Políticas públicas; Lei Complementar n. 141/2012

---

<sup>1</sup> O trabalho apresenta os primeiros dados levantados no âmbito do projeto de pesquisa “Implementação de Direitos Sociais: o caso da saúde no Brasil”, financiado pela Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (FUNADESP).

<sup>2</sup> Doutora em Direito (UFSC). Professora dos cursos de graduação e pós-graduação em Direito da Universidade Federal da Grande Dourados-UFGD. Pesquisadora do Centro Universitário Anhanguera, em Campo Grande-MS.

## **ABSTRACT:**

This work intend to address the right of health as a fundamental right under social effect of public policies in Brazil in the period after approval of the Complementary Law. 141, January 2012, which established minimum limits for investments in public health within the Federal Union, States and municipalities. The Law regulates the predictions of Constitutional Amendment. 29/2000, which was the percentage of those in the absence of regulatory attention infra provided for in art. Act 77 of the Transitional Provisions of the 1988 Constitution. Here were temporarily set the percentage to be invested in public health from the Union, states and municipalities until fiscal 2004. The EC 29/2000 amends the art. 77 of ADCT and establish the minimum percentage of the budget of each of the spheres of power and the need for regulation of the issue every five years by Complementary Law, which should have been edited yet in 2005, but only in 2012 was voted by Congress. The study involves the discussion of the right to health, investments until the advent of regulation of Complementary Law and assessment of compliance with the new rule of law by federal entities in the three levels through the allocation of public resources in their budgets.

**KEY WORDS:** Fundamental rights, Right to health; Public policy; Complementary Law. 141/2012

## **INTRODUÇÃO**

O direito à saúde está consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no âmbito interno, como direito fundamental social, previsto na Constituição brasileira, no art. 6º. *caput*, e no art. 196, como direito de todos e um dever do Estado e deve ser assegurado por políticas sociais e econômicas capazes de reduzir a doença e outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços existentes para sua proteção e recuperação. Apesar dessa previsão constitucional, o direito à saúde no Brasil é um dos que enfrenta maiores dificuldades de implementação pelo Estado, em todos os níveis de governo.

As dificuldades começam sempre pela falta de recursos suficientes para atender um sistema de acesso universal. A questão do financiamento da saúde pública é um dos temas

mais espinhosos enfrentados por todos os níveis de governo no Brasil, agravada ainda mais pela precariedade do sistema de saúde em todos os Estados da Federação. Embora o ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias tivesse previsto, em seu art. 77, percentuais de investimentos mínimos em saúde para todos os níveis de governo, os índices sequer eram respeitados por muitos Estados da Federação, e até pela União Federal. Desde a instituição da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), que entrou em vigor em 1997, e substituiu o IPMF, criado em 1993, para implementação da saúde pública no Brasil,<sup>3</sup> a discussão do tema da regulamentação dos índices mínimos passou a ser questionada pela sociedade organizada e por especialistas da área.

A Emenda Constitucional n. 29, de setembro de 2000, veio apenas regular os investimentos ao setor de saúde pública, fixando os índices para os níveis de governo e prevendo a edição de Lei Complementar para regulamentar o assunto. A regulamentação só ocorreu no final de 2011, com a aprovação da Lei Complementar n. 141, que entrou em vigor em janeiro de 2012. Ainda assim, a nova lei foi considerada tímida em alguns de seus pontos, especialmente no que se refere à ausência de fixação de um percentual mínimo definido a ser investido pela União.

Este estudo analisa o direito à saúde como direito fundamental social, o conceito de saúde e a realidade dos investimentos públicos no setor antes e depois da aprovação da LC 141, constatando-se que não há ainda o cumprimento total das previsões da Lei, por alguns Estados, além do desrespeito às exigências de divulgação aos usuários.

## **1.DIREITO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL**

O conceito de direito à saúde não alcança homogeneidade de pensamento entre os autores, especialmente porque não se trata de um conceito estático, as definições de normalidade e saúde não são válidas de modo universal para todos.<sup>4</sup> Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é “[... o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.”<sup>5</sup> O conceito mais completo, entretanto, parece ser o de que não se resume à busca constante do completo bem-estar físico, mental e social e não

---

<sup>3</sup> Hoje a contribuição se chama contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) e sua alíquota é de 0,38 por cento sobre as operações financeiras e não é destinada mais apenas à saúde mas, também, ao Fundo de Combate à Pobreza.

<sup>4</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP, n. 01, v. 22, fev. 1988.

<sup>5</sup> DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, n. 14 (54), 1986, p. 7-11.

apenas a ausência de doenças, mas, deve ser entendido como um conjunto de aspectos sociais e individuais.

Enquanto direito individual, privilegia a liberdade de escolha do relacionamento da pessoa com o meio ambiente, condições de trabalho, e na doença, os recursos médicos e o tipo de tratamento que lhe aprouver. No aspecto social, se privilegia a igualdade, o que impõe, entre outros, o oferecimento de cuidados de saúde a todos no mesmo nível, a proibição de impedir o outro de buscar seu bem-estar ou induzi-lo à doença, inserindo-se aqui as obrigações previstas no ordenamento jurídico de notificação de doenças, vacinação, tratamento, isolamento em caso de doenças contagiosas, destruição de alimentos deteriorados, além do controle do meio ambiente e das condições de trabalho.<sup>6</sup>

O direito à saúde, em primeiro plano, é um direito humano, consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no art. XXV,<sup>7</sup> o qual assegura um conjunto de outros direitos capaz de promover um padrão de vida que garanta a toda pessoa e a sua família, saúde e bem estar, incluindo-se nisto a alimentação, o vestuário, a habitação e os serviços sociais indispensáveis.

Constitui uma garantia primordial à sociedade, uma vez que se trata de um direito essencial à vida. Ferrajoli<sup>8</sup> o considera como conteúdo do direito à sobrevivência, junto com o direito ao trabalho com relativa estabilidade.<sup>9</sup> Esse direito compreende, segundo autor, não apenas a garantia de acesso à cura adequada de doenças, mas também, a serviços apropriados de prevenção de doenças, a receber informações sobre o próprio estado de saúde, a participar das decisões terapêuticas de tratamento e a ser ressarcido de danos injustos à sua saúde, e, inclusive, o direito de morrer com dignidade.<sup>10</sup>

A Constituição brasileira garante a todos os cidadãos o direito à saúde<sup>11</sup>, por força de pelo menos dois dispositivos constitucionais. É um direito garantido, mas que depende da

---

<sup>6</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP, n. 01, v. 22, fev. 1988.

<sup>7</sup> Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. XXV: “Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à 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”

<sup>8</sup> FERRAJOLI, Luigi. *Principia Iuris: teoria Del diritto e dela democrazia*. Roma: ed. Laterza, 2007, v. II, p. 405.

<sup>9</sup> FERRAJOLI, Luigi. *Principia Iuris: teoria del diritto e della democrazia*, *op. cit.*, p. 405. Tradução livre do italiano.

<sup>10</sup> FERRAJOLI, Luigi. *Principia Iuris: teoria del diritto e della democrazia*, *op. cit.*, p. 412. Tradução livre doitaliano.

<sup>11</sup> Constituição brasileira, art. 60.: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de

ação positiva do Estado para sua efetivação. A Carta de 1988 dispõe que a saúde é um direito que deve ser estendido a todas as pessoas e, enquanto dever do Estado deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, não se restringindo somente em coibir a disseminação de doenças que colocam em risco a coletividade, mas em atuar de forma abrangente, de efetivar verdadeiramente o acesso igual, universal e de qualidade.

Ingo Sarlet<sup>12</sup> afirma que o direito à saúde, ao lado de outros direitos fundamentais, compõe o mínimo a propiciar à pessoa o pleno desenvolvimento de suas aptidões, em todas as suas formas, enquanto que as normas de direitos fundamentais, “[...] são direta (imediatamente) aplicáveis na medida de sua eficácia, o que não impede que se possa falar de uma dimensão ‘programática’ dos direitos fundamentais.”

O autor considera que existe uma “inequívoca imbricação” entre questões avaliadas normalmente como “meramente” políticas, econômicas, sociais ou culturais, e a ordem jurídica, enquanto não se pode esquecer que o jurídico – não apenas no que se refere à saúde – é limitado pela realidade social, econômica e cultural de determinada sociedade.<sup>13</sup> Assim, a efetividade dos direitos fundamentais não se resume à sua previsão na norma jurídica, mas se transforma num problema de políticas de direitos fundamentais. Disto se pode deduzir que o distanciamento entre as previsões normativas e as práticas governamentais nasce, também, da ausência de políticas públicas capazes de efetivar as chamadas “garantias primárias” a que se refere Ferrajoli.

Ademais disso, sustenta Sarlet<sup>14</sup>, a saúde não é dever apenas do Estado, mas também um compromisso da família, da sociedade e de cada pessoa, sendo certo que a ausência de solidariedade e responsabilidade do poder público e da comunidade, impõe cada vez mais que a saúde não seja além de uma “[... mera promessa insculpida no texto da nossa Constituição]”. A constatação implica repensar as formas de participação das comunidades na definição e implementação das políticas públicas para os direitos fundamentais sociais, neste caso, o direito à saúde, para que a interveniência dos destinatários, de forma mais estreita junto ao Poder Público, se transforme em compromisso conjunto na busca da efetividade dos direitos.

---

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

<sup>12</sup> SARLET. Ingo Wolfgang, *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional*. Editora Livraria do Advogado, 10 Ed., 2009, p. 294.

<sup>13</sup> SARLET. Ingo Wolfgang, *A Eficácia dos Direitos Fundamentais*, *op cit.*, p.294.

<sup>14</sup> SARLET. Ingo Wolfgang, *A Eficácia dos Direitos Fundamentais*, *op cit.*, p.294.

José Eduardo Faria<sup>15</sup>, esposa a concepção de que a efetivação dos direitos fundamentais passa pela “[...] implementação e execução de programas emancipatórios [...]”, os quais pressupõem a “[...] extensão da cidadania do plano meramente político-institucional para os planos econômicos, social, cultural e familiar, assegurando-se o direito dos indivíduos de influir nos destinos da coletividade”.

Lenir Santos<sup>16</sup> afirma que a saúde não pode mais ser considerada de forma isolada da realidade que cerca o indivíduo e a coletividade. Assim, para a autora, não se pode falar em saúde sem levar em conta “[... o modo de vida como o homem se relaciona com o meio social e ambiental...]”, sob pena de voltar à época em que a doença era tratada como fenômeno puramente biológico.

## 2. INVESTIMENTOS EM SAÚDE NO BRASIL NA VIGÊNCIA DA EC/29

A realidade das políticas públicas em saúde no Brasil antes da regulamentação das previsões da Emenda Constitucional n. 29/2000 tinha de ser considerada segundo as previsões trazidas ao Ato das Disposições Constitucionais pela Emenda Constitucional n.29, de 2000. O art. 77 do ADCT previa os percentuais a serem aplicados em saúde pública pela União, Estados e Municípios até o exercício financeiro de 2004, determinando que a partir de 2005 fossem aplicados os valores a serem previstos em Lei Complementar. Como mencionada lei não foi editada até o ano de 2011, os entes federativos obedeceram à previsão do § 4º. do art. 77 do ADCT, o qual determinava a observância dos mesmos percentuais introduzidos pela Emenda 29 enquanto não houvesse a edição de lei complementar.

O art. 77 do ADCT<sup>17</sup> determinou que a União, no ano 2000, seguisse os valores aplicados no exercício financeiro de 1999, acrescido de cinco por cento, no mínimo, e nos

---

<sup>15</sup> FARIA, José Eduardo. Democracia e governabilidade: os direitos humanos à luz da globalização econômica. In: FARIA, José Eduardo (org.) et al. *Direito e globalização econômica*. São Paulo: Malheiros, 1996, p. 154.

<sup>16</sup> SANTOS, Lenir (org.) et al. *O direito à saúde no Brasil*. Campinas: Saberes; 2010, p. 148-9

<sup>17</sup>É o seguinte o texto do art. 77 do ADCT: “Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento; (...) (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000). b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).”

anos seguintes, até 2004, o valor aplicado no exercício financeiro anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB), também do ano anterior; no caso dos Estados e do Distrito Federal, o valor definido foi de 12 por cento sobre a arrecadação de impostos e recursos previstos nos arts. 155, 157 e 159,<sup>18</sup> e no caso dos Municípios, os recursos provenientes de impostos e repasses previstos nos arts. 156, 158 e 159, todos da Constituição Federal, incluindo tributos sobre transmissão de bens *causa mortis* e doação, circulação de

---

<sup>18</sup> O texto que se refere aos impostos cujos percentuais compõem os índices destinados à saúde dos arts. 155, 157 e 159 da CF, é o seguinte:

“Art. 155. Compete aos Estados e ao Distrito Federal instituir impostos sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993).

I - transmissão *causa mortis* e doação, de quaisquer bens ou direitos; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

II - operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

III - propriedade de veículos automotores”.

“Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão “*inter vivos*”, a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)”.

“Art. 157. Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154, I”.

“Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007).

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)”.

“Art. 158. Pertencem aos Municípios:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação”.

Art. 159 (...):

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007):

a) (...)

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

(...)

§ 3º - Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II”.

mercadorias, serviços de transporte e propriedade de veículos automotores, imposto sobre a renda, sobre a propriedade territorial, entre outros.

### **3. MUDANÇAS TRAZIDAS PELA REGULAMENTAÇÃO DA EC/29**

A regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 veio através da edição da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e encerrou um conflito político que durou 11 anos, tendo como ponto central a discussão do financiamento da saúde pública. A Emenda foi aprovada ainda durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, mas precisava ser regulamentada para que não houvesse distorções na repartição de recursos do Sistema Único de Saúde, entre a União e os governos estaduais e municipais.

A Lei teve como objetivos fixar o valor mínimo e normas de cálculo do valor mínimo a ser aplicado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, assim como os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem investidos a cada ano por todos os níveis de governo. A Lei também fixou os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde e destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, além daqueles que os Estados devem repassar aos seus municípios com objetivo de reduzir progressivamente as disparidades regionais. A par disso, faz parte dos objetivos da Lei a criação de normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas com a área de saúde nas três esferas de governo (art. 1º).

Está previsto na Lei um período de quatro anos de adequação para Estados e municípios. Isso implica constatar que, no ano de 2012, nem todos os Estados e Municípios conseguirão aplicar os percentuais determinados por lei. Em relação aos percentuais aplicáveis por cada um dos níveis de governo, não houve mudanças consideráveis.

No que se refere à União, a LC 141, art. 5º., determinou a aplicação anual equivalente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido, no mínimo, do percentual da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. O art. 10 da Lei fixa o critério do cálculo do montante a ser destinado pela União aos serviços de saúde pública, assim como os valores a serem gastos por Estados e Municípios: deve-se levar em conta recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora relativos aos impostos e da respectiva dívida ativa de cada uma das esferas do poder estatal.

Os Estados e o Distrito Federal, conforme diz o art. 7º. da Lei Complementar, deverão aplicar no mínimo 12% da arrecadação dos mesmos impostos anteriormente previstos na EC 19, ou seja, aqueles decorrentes dos tributos previstos nos arts. 155, 157 e 159 todos da Constituição. Em relação aos Municípios e também ao Distrito Federal, o percentual é de 15% dos impostos de que falava a EC 19, que são os impostos estabelecidos nos artigos 156, 158 e 159 da Constituição Federal. O art. 8º. da LC 141 também manda que o Distrito Federal aplique anualmente no mínimo 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e municipal. Municípios e o Distrito Federal ainda devem incluir na base de cálculo dos percentuais compensações financeiras provenientes de impostos e transferências constitucionais previstas no § 2º. do art. 198<sup>19</sup> da Constituição Federal, que estejam instituídas ou vierem a ser criadas, além da dívida ativa, multa e juros decorrentes da cobrança de impostos diretamente ou através de processo administrativo ou judicial.

Entretanto, se Estados e Municípios tenham contemplado em suas Constituições ou Leis Orgânicas percentuais maiores do que o previsto na LC 141 deverá prevalecer o conteúdo das leis locais e não os critérios da Lei Complementar, conforme a previsão do art. 11. Parece claro que eventuais mudanças nas Cartas de Municípios e de Estados com aumento daqueles percentuais, deverão receber igual tratamento, ou seja, serão sobrepostas à lei federal. Vale dizer também, a Lei não estabelece tetos para os investimentos em ações de saúde, o que significa que cada ente pode destinar percentuais bem maiores do que aqueles aprovados na LC 141.

Em relação aos percentuais estabelecidos pela Lei Complementar 141 não houve grandes ganhos para o setor de saúde, como previam especialistas mesmo antes da votação da Lei Complementar. Ao contrário, a ausência de fixação clara de percentual mínimo de investimentos pelo Poder Público federal nas ações e serviços de saúde pública – em 10%,

---

<sup>19</sup>O texto do art. 198, §2º. é o seguinte: “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:

[.....]

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

pelo menos, como desejavam Estados e Municípios e outros gestores de saúde – foi visto como um grave retrocesso na luta pelo aparelhamento do setor de saúde no País.<sup>20</sup> Segundo dados do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, a maioria dos Estados já estava cumprindo os percentuais mínimos de 12%, ou, pelo menos, aplicavam acima de 10,5%, tendo o Ministério da Saúde divulgado, no período de discussão da Lei Complementar, que dados consolidados de 2008 indicavam que apenas quatro Estados brasileiros tinham aplicações abaixo dos de 12%: Rio Grande do Sul, Paraná, Espírito Santo e Mato Grosso.<sup>21</sup> Todavia, dois destes Estados apresentaram baixos índices de investimentos em saúde em 2011: Paraná, 9,74%, e Rio Grande do sul, 8,04%.

#### **4. TRANSPARÊNCIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO DA SAÚDE**

A Lei Complementar 141/2012, a par de estabelecer percentuais mínimos para investimentos em ações e serviços de saúde no País, também fixou critérios para de transparência e participação popular na gestão da saúde pública, como meio de tornar efetiva a aplicação dos recursos por parte dos gestores nos três níveis de governo. Assim, diz o art. 31<sup>22</sup> da Lei que os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, darão ampla divulgação, até mesmo através de meios eletrônicos de acesso público, de prestações de contas periódicas da área de saúde. O objetivo é que tais informações possam ser consultadas e apreciadas por cidadãos e instituições da sociedade. A Lei dá ênfase aos dados que se referem ao cumprimento das disposições da Lei, relatório de gestão do SUS e avaliação do Conselho de saúde sobre a gestão do SUS no âmbito da esfera do poder a que pertence. Além disso, a participação popular deve ser incentivada, inclusive com a realização de audiências públicas, de modo a assegurar a transparência e visibilidade durante a elaboração e discussão do plano de saúde.

---

<sup>20</sup> SILVA, Gilberto Fonte Boa da; SILVA, Mauro Lúcio da. A lei complementar 141/2012 e o gestor público da saúde. *Conselho de Secretarias Municipais de Saúde-RJ*. Disponível em:

<[http://www.cosemsrj.org.br/images/publicacao\\_juridica\\_cosemsrj\\_baixa.pdf](http://www.cosemsrj.org.br/images/publicacao_juridica_cosemsrj_baixa.pdf)>. Acesso em 05.09.2012.

<sup>21</sup>JUNGBLUT, Cristiane. Regulamentação da Emenda 29 garante mais de R\$ 3 bi a estados. *Jornal O Globo*, 18.01.2012. Disponível em: [www.oglobo.globo.com](http://www.oglobo.globo.com). Acesso em 04.09.2012.

<sup>22</sup>O texto do art. 31 da LC 141/12 é o seguinte: “Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área de saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde”.

No art. 41 da LC 141 o legislador exigiu a avaliação, pelos Conselhos de Saúde, a cada quadrimestre, do relatório consolidado do resultado da execução do orçamento e das finanças na área da saúde, além de verificar o relatório do gestor da saúde, de modo a dimensionar a repercussão que a aplicação da Lei alcançou em relação à qualidade dos serviços de saúde. Esse relatório deve ser entregue ao chefe do Poder Executivo do ente respectivo para avaliação e aplicação de medidas corretivas quando for o caso.

Uma série de providências está prevista na LC 141 como forma de promover a transparência dos investimentos em saúde em cada ente de governo da Federação. O art. 31 em seus vários parágrafos prevê, desde o envio de relatórios ao Conselho de Saúde e à Casa Legislativa do ente federado, até a divulgação de relatório detalhado por meio eletrônico de acesso público para que a sociedade possa ter conhecimento de como estão sendo realizados os investimentos em saúde. A transparência das ações de saúde, determinada pela LC 141, capaz de alcançar o cidadão comum, em atitude que ele próprio possa adotar para fiscalização dos índices de investimentos, é uma das tarefas mais inglórias com que se pode deparar uma pessoa simples, de conhecimentos apenas medianos. Ocorre que os relatórios encontrados nas páginas eletrônicas do sistema de saúde são de uma compreensão quase nula para quem não tem qualquer identificação com regras orçamentárias e muito menos com termos contábeis e de direito. Além disso, se o cidadão desejasse qualquer informação valendo-se da Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011) o procedimento é complexo e demorada a resposta, fatores capazes de desestimular qualquer consulta.<sup>23</sup>

O art. 2º. da Lei Complementar<sup>24</sup> refere-se à necessidade de considerar como despesas com ações e serviços públicos de saúde tudo o que for voltado para a promoção e recuperação da saúde e que atendam, ao mesmo tempo, aos princípios contidos no art. 7º. da Lei n.

---

<sup>23</sup> Para solicitar uma informação do Governo Federal, por exemplo, o cidadão deve fazer um cadastro no sítio do órgão do qual deseja informação, criar uma senha, e só depois enviar sua dúvida, que pode levar no mínimo 30 dias para ser respondida. Exemplo disso ocorre no sítio eletrônico da Corregedoria Geral da União (CGU), na qual a autora fez pedido de informações e obteve a resposta de que poderia demorar 30 dias. Disponível: <http://www.acessoinformacao.gov.br/acessoinformacaogov/sic/comado-pedir.asp>. Acesso 26.04.2012.

<sup>24</sup> O art. 2º. da Lei Complementar 141 tem o seguinte texto: “Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde”.

8.080/90,<sup>25</sup> entre os quais, a universalidade do acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade de assistência; descentralização político administrativa; direito à informação e a participação da comunidade. Também devem ser observadas as diretrizes do acesso igualitário à saúde, universal e gratuito; que as despesas realizadas estejam de acordo com objetivos e metas dos planos de saúde, e que sejam específicas da saúde e não de políticas públicas que tenham determinantes sociais e econômicos, mesmo que sejam incidentais sobre as condições de saúde dos usuários do sistema.

A fiscalização do emprego dos recursos destinados à saúde pública, através da transparência das ações que devem ser tornadas públicas para acompanhamento da sociedade, serve de garantia de que o destino dos recursos encaminhados pela União aos Estados e Municípios efetivamente foi para ações e serviços de saúde. Assim, caso o art. 27 da Lei Complementar 141<sup>26</sup> prevê que os órgãos de controle interno do ente receptor dos recursos, do ente transferidor ou mesmo do Ministério da Saúde constatarem que os valores foram destinados a outras finalidades, ou em ação diversa daquela pactuada originalmente, devem comunicar o Tribunal de Contas e o Ministério Público. Isso servirá para que esses organismos tomem providências para devolução imediata dos recursos ao Fundo de Saúde do

---

<sup>25</sup> O art 7º. Da Lei 8.080/90 diz o seguinte: “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos”.

<sup>26</sup> É o seguinte o texto do art. 27 da LC 141: “Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.”

ente federado, e ainda, para que seja promovida a responsabilização dos gestores nos níveis administrativo, civil e penal, se for o caso.

## **5. EFETIVAÇÃO DAS PREVISÕES DA LEI COMPLEMENTAR 141/2012**

Algumas das providências determinadas pela Lei Complementar 141 não estão sendo cumpridas pelos Estados. Na página eletrônica do Portal da Saúde do Ministério da Saúde, no sistema chamado SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde,<sup>27</sup> é possível constatar, por exemplo, que no ano de 2012, nenhum dos quatro Estados da região Centro Oeste (Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal) fez a chamada “entrega”, que significa o ato de transmissão, pelos Estados, dos dados referentes aos investimentos feitos em ações e serviços de saúde pública.

Isto quer dizer que os Estados, ainda que tenham destinado o percentual de recursos às ações e serviços de saúde, não cumpriram com uma parte das exigências da Lei, que é a de transmitir as informações ao governo Federal para que fiquem acessíveis, tanto aos órgãos de gestão da estrutura administrativa quanto à sociedade em geral, em cumprimento ao estabelecido na própria Lei.

O sistema registra os investimentos dos Estados em duas situações: os que conseguiram aplicar o limite mínimo constitucional e aqueles que não atingiram o limite mínimo. Os dados do SIOPS demonstram, por exemplo, que o Estado de Mato Grosso do Sul teve investimentos em ações e serviços de saúde pública no ano de 2011 de 13,94%; Mato Grosso, 12,7%; Goiás, 14,62%; e Distrito Federal, 16,4%<sup>28</sup>. Esses dados demonstram que os Estados vinham cumprindo as determinações da EC 29, aplicando no mínimo os 12% exigidos pela Constituição.

No que se refere aos dados do orçamento da União, os investimentos em ações e serviços de saúde em 2011 foram de 66,7 bilhões, contra 62,9 bilhões em 2010. Esse valor, segundo os especialistas, representa entre seis e sete por cento da receita bruta arrecadada

---

<sup>27</sup>Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/entregauf.php#iii>. Acesso em 30.08.2012. O SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, no ano 2000, pela Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000. É coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/AESD, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. O banco de dados é alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, através do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

<sup>28</sup>Sítio do Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 19.08.2012.

pela União.<sup>29</sup> Em relação ao ano de 2012, já na vigência da Lei Complementar 141/12, o governo Federal não conseguiu executar mais da metade do orçamento destinado à saúde para o ano de 2012, usando apenas 46 bilhões de reais dos 91,7 bilhões previstos para o exercício, o que significa uma participação de 1,7% no Produto Interno Bruto (PIB), considerada muito inferior à ideal pelos técnicos do IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada do Ministério do Planejamento, vinculado à Presidência da República.<sup>30</sup> O PIB do ano de 2011 foi de 3,2% e a previsão para o ano de 2012 é de fechar em 4,5%. A previsão de gastos em ações e serviços de saúde pública é de 72 bilhões de reais, correspondendo a 13% do orçamento global.<sup>31</sup>

Em relação aos percentuais a serem repassados aos Estados e Municípios e Distrito Federal no ano de 2012, já em atenção às exigências da Lei Complementar 141/2012, art. 17, §3º,<sup>32</sup> foram previstos valores conforme os blocos de investimentos, da seguinte forma:<sup>33</sup> bloco da atenção básica, o total transferido em 2011, com acréscimo de 9,24%; bloco da média e alta complexidade, o valor de 2011 mais 9,84%; bloco da vigilância em saúde, o montante transferido no ano passado, com acréscimo de 26,19%; e bloco de assistência farmacêutica, o valor do ano anterior mais 15,55%. Os dados são publicados pelo sítio do Fundo Nacional de Saúde não trazem os valores relacionados à gestão do SUS e do bloco cujo valor é destinado especialmente a investimentos. O Orçamento Geral da União para o ano de 2013 é de 2,140 trilhões de reais e prevê um crescimento de 4,9% para o PIB. Os gastos em saúde pública estão fixados em 79, 331 bilhões de reais, o que representa um aumento de 10,7% em relação ao exercício de 2012.<sup>34</sup>

## CONCLUSÃO

O presente trabalho corresponde aos primeiros levantamentos do desempenho das políticas de saúde, previstas na Lei Complementar 141/2012, nos vários níveis de governo,

---

<sup>29</sup> Sítio do Senado da República. Disponível em: <[www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento.../SigaBrasil](http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento.../SigaBrasil)>.

<sup>30</sup> IPEA. Estudo avalia gastos sociais federais entre 1995 e 2010. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15354&catid=10&Itemid=9](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=15354&catid=10&Itemid=9) Acesso: 25.08.2012.

<sup>31</sup> Programação Orçamentária 2012. *Sítio do Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Fev/2012.* Disponível em: <[www.portalsf.planejamento.gov.br/sf/orc\\_2012/loa/reprogramacao\\_orcamentaria2012.pdf](http://www.portalsf.planejamento.gov.br/sf/orc_2012/loa/reprogramacao_orcamentaria2012.pdf)>

<sup>32</sup> O texto do art. 17, §3º, é o seguinte: § 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

<sup>33</sup> Sítio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Disponível em: <[www.fns.saude.gov.br/visualizar.asp?codigo=01026](http://www.fns.saude.gov.br/visualizar.asp?codigo=01026)> Acesso em 20.08.2012. Acesso em 28.08.2012.

<sup>34</sup> Governo investirá mais em saúde, educação e combate à miséria. *Sítio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.* Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=8820&cat=47&sec=8>. Acesso em 30.08.2012.

numa pesquisa iniciada no mês de julho de 2012. Após avaliar a realidade anterior à edição da Lei Complementar n. 141/2012 e os primeiros meses de aplicação da Lei Complementar 141/2012, assim como discutir a natureza do direito à saúde, pode-se afirmar, a título de conclusão, que alguns pontos da nova Lei ainda estão longe de ser observados pelos governos, como a disponibilidade de informações aos usuários de forma mais clara e acessível, e o acesso facilitado a números definitivos sobre os investimentos realizados pelos governos nos vários níveis, em ações e serviços de saúde pública.

Constatou-se, também, que alguns Estados já não conseguiam cumprir com as exigências mínimas de investimentos no campo da saúde, antes mesmo da regulamentação da Emenda 29, e ainda permanecem com dificuldades de atender às exigências da Lei.

A principal falha da nova Lei, conforme o que ficou claro na pesquisa até o estágio presente, é a ausência de um índice mínimo de investimentos previamente definido, no caso da União, o que deixa em aberto a retirada de receitas que poderiam servir a outros setores do Governo.

Além das possíveis limitações do texto legal, agrava-se a situação quando se constata, por exemplo, que o governo Federal deixou de utilizar mais da metade do orçamento ainda nos primeiro semestre de 2012, em claro indício de ineficiência da gestão da saúde.

O acompanhamento do desempenho da Lei neste segundo semestre poderá auxiliar na construção de um quadro mais completo, ao final do exercício, de modo a demonstrar a realidade dos investimentos em ações e serviços públicos durante o ano de 2012. A pesquisa deverá acompanhar o desempenho das políticas públicas até o final de 2012, para conferir a implementação das medidas previstas na Lei nesse primeiro ano de vigência.

## **REFERÊNCIAS**

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: USP, n. 01, v. 22, fev. 1988.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, n. 14 (54), 1986, p. 7-11.

FARIA, José Eduardo. Democracia e governabilidade: os direitos humanos à luz da globalização econômica. In: FARIA, José Eduardo (org.) et al. *Direito e globalização econômica*. São Paulo: Malheiros, 1996.

FERRAJOLI, Luigi. O Estado Constitucional de Direito hoje: o modelo e a sua discrepância com a realidade. *Revista do Ministério Público*. N. 61, 1996.

\_\_\_\_\_. Luigi. *Principia Iuris: teoria del diritto e della democrazia*. Roma: Editori Laterza, 2007, V. II.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS). Disponível em:  
<[www.fns.saude.gov.br/visualizar.asp?codigo=01026](http://www.fns.saude.gov.br/visualizar.asp?codigo=01026)>

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Estudo avalia gastos sociais federais entre 1995 e 2010*. Disponível em:  
[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15354&catid=10&Itemid=9](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=15354&catid=10&Itemid=9).

JUNGBLUT, Cristiane. Regulamentação da Emenda 29 garante mais de R\$ 3 bi a estados. *Jornal O Globo*, 18.01.2012. Disponível em: [www.oglobo.globo.com](http://www.oglobo.globo.com).

MINISTÉRIO DA FAZENDA, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Disponível em:  
<<http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=8820&cat=47&sec=8>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 19.08.2012

SANTOS, Lenir (org.) et al. *O direito à saúde no Brasil*. Campinas: Saberes; 2010.

SARLET. Ingo Wolfgang, *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional*. Editora Livraria do Advogado, 10 Ed., 2009.

\_\_\_\_\_. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 4.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

\_\_\_\_\_. Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Diálogo Jurídico*. Centro de Atualização Jurídica, n. 10, jan. 2002.

SILVA, Gilberto Fonte Boa da; SILVA, Mauro Lúcio da. A lei complementar 141/2012 e o gestor público da saúde. *Conselho de Secretarias Municipais de Saúde-RJ*. Disponível em:  
<[http://www.cosemsrj.org.br/images/publicacao\\_juridica\\_cosemsrj\\_baixa.pdf](http://www.cosemsrj.org.br/images/publicacao_juridica_cosemsrj_baixa.pdf)>