



**OS DANOS DECORRENTES DA RELAÇÃO TRIANGULAR ESTABELECIDADA
ENTRE PACIENTE, MÉDICO E HOSPITAL E AS RESPECTIVAS MODALIDADES
DE RESPONSABILIDADE DEFINIDAS EM LEI**

Cleber Sanfelici Otero*

Tamara Simão Arduini**

RESUMO: Nas relações hospitalares, o paciente é vulnerável por ser consumidor dos serviços e, perante o médico, é igualmente vulnerável, pois confia sua vida e integridade aos cuidados do profissional. As características da relação triangular estabelecida entre paciente, médico e hospital podem definir quem poderá ser responsabilizado pelos danos causados. Com investigação assentada em revisão bibliográfica, emprega-se o método dedutivo a partir de princípios e direitos fundamentais até abordagem do direito à saúde e sua aplicação concreta no relacionamento paciente-médico-hospital para constatar o fundamento para justificar a modalidade de responsabilidade a ser determinada.

PALAVRAS-CHAVE: Paciente. Médico. Hospital. Direitos da Personalidade. Responsabilidade Civil.

**THE DAMAGES ARISING FROM THE TRIANGULAR RELATIONS
ESTABLISHED BETWEEN PATIENT, PHYSICIAN AND HOSPITAL AND THE
CONSEQUENT LEGAL TYPES OF LIABILITY**

ABSTRACT: In hospital relations, the patient is vulnerable as a consumer of services and, before the physician, is equally vulnerable, since he entrusts his life and integrity to the care of the professional. The characteristics of the triangular relationship established between patient, physician and hospital can define who can be held responsible for damages or compensations. With research based on a bibliographical review, the deductive method is used based on fundamental principles and rights to approach the right to health and its

* Doutor em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos pela ITE de Bauru/SP. Professor de Direito nos Cursos de Graduação e Mestrado da UniCesumar - Maringá/PR. Professor do Curso de Especialização em Direito Previdenciário da UEL - Londrina/PR. Juiz Federal. Endereço postal: Avenida Herval, 968, 6VF, Zona 7, Maringá/PR, CEP 87020-016. E.mail: cleber.otero@unicesumar.edu.br

** Mestranda em Ciências Jurídicas na UniCesumar - Maringá/PR; Pós-graduada em Direito aplicado pela Escola da Magistratura do Paraná; Pós-graduada em Ciências Penais pela UEM - Maringá/PR. Advogada. Endereço postal: Rua Joaquim Duarte Moleirinho, 2330, Jardim Monções, Maringá/PR, CEP 87060-350. E.mail: tamara_arduini@hotmail.com





concrete application in the relationship patient-physician-hospital to verify the justification for the legal types of liability to be determined.

KEYWORDS: Patient. Physician. Hospital. Personality rights. Tort Law.

1 INTRODUÇÃO

Há uma relação que se estabelece entre o paciente e o médico, a qual está perdendo seu caráter humano, resumindo-se, muitas vezes, em uma prestação de serviços com a desconsideração da proteção do paciente em várias circunstâncias, inclusive em sua integridade física e psíquica. Em muitos aspectos, esta relação se despersonalizou, pois a infraestrutura de clínicas e hospitais, ante o número de médicos e enfermeiras trabalhando conjuntamente, transformou os nosocômios em verdadeiras empresas prestadoras de serviços.

Delimitar o alcance da responsabilidade civil decorrente de danos médico-hospitalares em face desta nova realidade, ressaltando a incidência do Código de Defesa do Consumidor em combinação com o Código Civil, eis o propósito deste artigo.

Para cumprir tal desiderato, discorre-se sobre a responsabilidade civil decorrente da prestação de serviços hospitalares, em algumas de suas multifacetadas manifestações, porquanto tal responsabilidade pode advir do contrato firmado entre paciente e hospital, ou, ainda, de forma extracontratual, quando proveniente de prestações essencialmente médicas.

Via de regra, o estabelecimento não exerce nenhuma influência, mas mantém um vínculo contratual com o médico, e, em razão disso, torna-se responsável solidariamente, formando uma relação terciária que abrange o paciente, o médico e o hospital. Já em casos nos quais o médico atua com total independência, pode inexistir a responsabilidade solidária do hospital, devendo ser averiguado no caso concreto.

No primeiro capítulo, será explanado acerca da relação tríplice estabelecida entre paciente, médico e hospital, levando em consideração que o paciente encontra-se em posição de vulnerabilidade perante o médico e o hospital, porquanto, nas relações hospitalares, caracteriza-se como um consumidor dos serviços hospitalares prestados e, perante o médico, é igualmente vulnerável, pois confia sua vida e integridade física aos cuidados do profissional, acreditando e confiando que o mesmo está habilitado para exercer a profissão com o devido



conhecimento técnico. O capítulo tratará ainda sobre a relação médico-hospitalar e os possíveis danos que possam ser desencadeados, sendo eles de duas origens: decorrentes dos serviços hospitalares, no âmbito da hospedagem, exames, enfermaria, aparelhos e estrutura do estabelecimento; ou, ainda, em razão de conduta essencialmente médica.

O segundo capítulo fará uma abordagem sobre o direito à saúde, à vida e à integridade física, os quais merecem destaque em sua tutela, também na relação triangular supracitada, porquanto asseguram o desenvolvimento da personalidade humana e possuem como fundamento da dignidade da pessoa humana.

O terceiro capítulo elucidará a respeito da responsabilidade civil decorrente dos danos advindos da relação estabelecida entre paciente, médico e hospital, pois é indispensável a responsabilização civil dos causadores dos danos por suas condutas, visto que, no momento em que o paciente procura por serviços de saúde, ele espera a resolução do seu problema da melhor forma possível, confiando sua integridade ao médico e ao estabelecimento hospitalar.

A partir dessas exposições, tem-se o intuito primordial de demonstrar que a relação formada entre o paciente, o médico e o hospital precisa ser resguardada juridicamente, pois os pacientes estão se tornando apenas número, ou seja, procuram o serviço de saúde pública ou até pagam um médico, para se depararem com profissionais que, em razão da massificação, também se tornaram apenas prestadores de serviços "em série".

Em razão disso, os danos causados aos pacientes aumentam consideravelmente, fazendo com que o Direito tenha que se estruturar de modo a criar normas que permitam uma intervenção para a responsabilização dos causadores dos danos, buscando não apenas penalizar, mas também a prevenção quanto a novos eventos danosos.

Por meio de investigação a partir de revisão bibliográfica, emprega-se o método de abordagem dedutivo, a partir de princípios e direitos fundamentais, como a dignidade da pessoa humana, o desenvolvimento da personalidade, a vida e a integridade física e psíquica até uma abordagem do direito à saúde e de sua aplicação concreta no referente às relações que se formam entre pacientes, médicos e hospitais.

2 UMA RELAÇÃO TRINA E TRIANGULAR



A Constituição Federal de 1988 tem como base e preceito fundamental a dignidade da pessoa humana e seu pleno desenvolvimento. Esta orientação normativa para a interpretação de todo o sistema jurídico resta formulada principalmente a partir do conceito kantiano de dignidade humana, segundo o qual o homem, dada a racionalidade, é ser digno, tem fim em si mesmo e não pode ser meio para uso arbitrário desta ou daquela vontade, de maneira que todas as pessoas merecem o devido respeito em conformidade com o imperativo prático “*age de tal maneira que possas usar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio*” (KANT, 2006, p. 59). Assim, a dignidade, reconhecida como própria do ser humano, restou incorporada nos ordenamentos jurídicos em norma principiológica aberta a vincular a sociedade como um todo em torno de especial valoração, de forma a conferir sustentação nuclear aos direitos fundamentais, ser cláusula geral dos direitos fundamentais e da personalidade, além de permitir uma orientação do ordenamento em consideração e proteção da pessoa como titular de direitos essenciais. Com supedâneo nesse preceito, vislumbra-se não haver valor que supere o da pessoa humana, e é com base nessa premissa que se deve fundamentar a relação trina estabelecida entre paciente, médico e hospital.

A proteção do direito à vida também merece destaque, porquanto se trata do direito da personalidade considerado de maior importância, uma vez que sem a vida não haveria a pessoa e os seus demais direitos. Trata-se de direito que assegura a existência, decorrente da personalidade, intimamente ligado à dignidade da pessoa humana, preceito fundamental do ordenamento jurídico pátrio. De igual modo, o direito à integridade física e psíquica também é de extrema importância, visto que, por meio dele, também se assegura o desenvolvimento humano e a incolumidade do corpo e da mente (BITTAR, 2003, p. 76).

Para que os direitos à vida e à integridade física e mental sejam resguardados com o devido cuidado, torna-se imprescindível assegurar o direito à saúde, com a prestação de serviços de qualidade, tanto no âmbito público como na esfera privada, respeitando a vulnerabilidade do paciente diante do médico e do hospital.

Na relação estabelecida entre o paciente, o médico e o hospital, além da necessidade de observância dos princípios regentes do direito contratual, devem ser resguardados os direitos da personalidade, primando sempre pelo direito à vida e à integridade física e mental,



sob pena de haver responsabilização civil pelos danos causados (KFOURI NETO, 2015, p. 13-16).

Esta relação triangular está ficando cada vez mais despersonalizada, tornando o médico apenas um prestador de serviços e os hospitais verdadeiras empresas que visam apenas ao lucro, deixando em segundo plano a dignidade humana e a saúde do paciente (KFOURI NETO, 2015, p. 13-16).

Por vezes, interposta a esta relação surge, ademais, uma quarta entidade, responsável em razão de um plano de saúde ou de um seguro de saúde contratado, o que pode deixar a pretensão do paciente de obter um tratamento ainda mais despersonalizado, inclusive, como bem adverte Lora Alarcón (2004, p. 284), em padrão completamente alheio à Medicina, ante imposições relativas à idade ou ao tipo de doença, unicamente para afastar uma obrigação de custear a prestação do serviço ou com uma finalidade altamente lucrativa.

A atividade médico-hospitalar vem sendo entendida como uma sequência de atos coordenados para restabelecer a saúde do paciente, o que pode demandar a atuação de muitos profissionais. Portanto, é necessário aferir a responsabilidade por eventuais danos provocados pelos entes ou pessoas envolvidos, tais como os hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, enfermeiros, administradores, dentre outros, que, de alguma forma, estejam vinculados à prestação de serviços na área da saúde (KFOURI NETO, 2015, p. 13-16).

A atuação no âmbito da Medicina frente aos pacientes precisa ser repensada, de forma a humanizá-la, com o resguardo da dignidade de seus consumidores e da integridade física e mental, enfatizando a necessidade de recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente (CAPRARA; FRANCO, 1999).

O aumento dos custos com a saúde fez com que prestadores de serviços buscassem, paulatinamente, reduzir gastos, por vezes deixando a qualidade em segundo plano. Ademais, a relação doente-médico pode produzir ansiedade, principalmente nas pessoas financeiramente desfavorecidas, pois normalmente os pacientes não possuem critérios objetivos de avaliação, o que dificulta a comunicação entre as partes (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Contemporaneamente, a relação estabelecida entre o médico, paciente e hospital tem sido considerada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e



desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação do paciente (CAPRARA; FRANCO, 1999).

É imprescindível, portanto, que o atendimento médico deixe de ser considerado só em seu aspecto empresarial, cuja finalidade principal é apenas o lucro, para se preocupar igualmente com a integridade do paciente, evitando danos, buscando maior qualidade dos serviços e profissionais cada vez mais capacitados, para estabelecer uma relação de confiança com o paciente e minimizar os riscos advindos da atividade, assegurando a efetividade do direito à saúde, conforme será explanado detalhadamente no próximo capítulo.

3 O DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde está previsto nos arts. 6º e 196 da Constituição Federal brasileira de 1988, como um direito de todos e um dever do Estado. Alinhada com o pensamento mais atual, há o reconhecimento de que a oferta de serviços e produtos médicos não é suficiente para assegurar a saúde da população, pois também disciplina acerca da necessidade de criação de políticas sociais e econômicas que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços, promovendo a proteção e recuperação da saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

O conceito de saúde é reconhecido em conformidade com o momento no qual o mundo atravessa e, portanto, não é algo imutável e inerte. De início, referido conceito pode nos remeter aos gregos da Antiguidade, que consideravam o ser humano saudável como aquele que possuía equilíbrio do corpo e da mente (SIQUEIRA, 2001, p. 47).

A reivindicação do direito à saúde é antiga, porém a sua tutela e a incorporação ao rol dos direitos humanos é relativamente atual, com maior força a partir do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. É pertinente analisar referido direito em uma esfera mundial, mas é oportuno dizer que, em âmbito local, trata-se de um direito subjetivo público de todos, assim assegurado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, pois impõe ao Estado o dever de prestá-lo, independente de contribuição, a fim de assegurar a dignidade humana, podendo, inclusive, ser considerado como um dos serviços públicos mais importantes (TSUTIYA, 2008, p. 25).



Na Idade Média, a doença era considerada um castigo divino e, devido a isso, mesmo que alguns clamassem pelo direito à saúde, não se poderia exigir naquele momento, diante do pensamento da sociedade sobre esse feito, visto que apenas Deus poderia definir quem era merecedor ou não de saúde (SIQUEIRA, 2001, p. 44-47). Naquele momento histórico, os padres eram os responsáveis pelos milagres, pois eram vistos como ministros religiosos, a quem incumbia o direito de curar. Na época, não havia um tratamento digno ao direito à saúde, pois ninguém queria contrariar a vontade de Deus, soberano acima do próprio monarca (SIQUEIRA, 2001, p. 44-47).

Em razão do aumento da miséria, a Igreja criou um certo número de instituições específicas, que ofereciam assistência aos indigentes, enfermos e crianças abandonadas, conforme uma institucionalização da caridade, que, posteriormente, viria a marcar o início da criação dos hospitais (ROMAN, 2002, p. 28-29). A partir do século XIII, o hospital medieval começou a sair das mãos dos religiosos e começou a passar à atribuição secular, com avanço considerável na proteção da saúde, embora o clero não tivesse abandonado a prática da cura aos enfermos (SIQUEIRA, 2001, p. 44-47).

No momento que antecedeu o período industrial, a preocupação principal era isolar o doente, pois cabia à própria comunidade organizar e manter os hospitais. Por conta disso, não eram os locais mais adequados para assegurar uma saúde digna, pois não possuíam condições básicas para efetivar a referida salvaguarda (SIQUEIRA, 2001, p. 44-47).

Com a revolução industrial, essa situação mudou completamente, pois os empresários passaram a ter a necessidade de manter seus operários saudáveis para que pudessem trabalhar na produção, e, assim, por conta disso, ocorreu a melhoria no tratamento à saúde. Houve a conscientização dos próprios operários, com a busca por melhorias nas condições de trabalho, outro fator essencial para que as mudanças ocorressem efetivamente (SIQUEIRA, 2001, p. 44-47).

A Revolução Industrial foi um marco para a ulterior garantia à saúde, visto que, em razão dela, os trabalhadores começaram a reivindicar melhores condições de vida e o Estado passou a assegurar tais condições (SIQUEIRA, 2001, p. 44-47), inclusive criando a Seguridade Social (ROMAN, 2002, p. 104).



No século XX, passou-se a idealizar a saúde não apenas curativa, mas também preventiva, atribuindo ao Estado uma responsabilidade maior e a obrigação de oferecer meios de acesso à saúde, com a prestação dos serviços básicos.

Logo após a 2ª Guerra Mundial, foi criada a Organização das Nações Unidas, que ensejou a Declaração Universal dos Direitos Humanos e, conjuntamente, fomentou a criação de diversos órgãos destinados a tutelar a saúde como um direito (SIQUEIRA, 2001, p. 44-50). Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, resta definido, em seu artigo 22, que toda pessoa tem direito à segurança social e a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade, ao passo que o artigo 25 assegura o direito à saúde e ao bem estar (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Como o direito à vida é o maior bem jurídico e fundamento do nosso ordenamento, a proteção à saúde também é de extrema importância, visto que é, por meio dela, que se dá plena proteção à vida (MENDES, 2013, p. 22).

No Brasil, o art. 6º da Constituição de 1988 prevê claramente o direito à saúde como um direito social e o art. 196 do mesmo diploma preceitua ser direito de todos e dever do Estado, normas que devem ser efetivadas de maneira imediata, impondo a atuação estatal a fim de promover uma nova ordem social que vise ao bem-estar de todos os que estiverem em território nacional, contemplando o princípio da isonomia (SIQUEIRA, 2001, p. 76-81).

A propósito, trata-se de direito social que deve ser assegurado pelo Estado:

A saúde é condição de desenvolvimento de um povo, assim como a educação. Qualquer plano de desenvolvimento estatal tem na saúde um de seus pontos básicos, como sói acontecer, muito embora, faticamente, a promessa não seja cumprida. Até por esse motivo é que se fala que um Estado mínimo deve garantir tão somente educação e saúde, pois estes são os dois requisitos mínimos com os quais deve-se preocupar, e sobre os quais legitimamente se funda o contrato social. (SCHWARTZ, 2001, p. 193)

A atual Constituição brasileira incorporou todos os princípios contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e, ante a elevação da dignidade humana como fundamento dos direitos e garantias fundamentais, os quais possuem aplicação imediata, podemos dizer que a matéria atinente ao direito à saúde também deve se enquadrar como um direito fundamental (MENDES, 2013, p. 22-26).



Conforme bem explica Lora Alarcón (2004, p. 279 e 282), a saúde é um direito fundamental social, a significar que, como direito fundamental, ela é um bem e um valor jurídico que se deve garantir e, como direito social, tem a conotação de um interesse da coletividade ou, no sentido jurídico, um interesse público, relacionado e voltado à justiça social para assegurar a dignidade humana e um piso vital mínimo para as pessoas.

Diante da crise do constitucionalismo moderno, constatada por meio da avaliação dos julgamentos do Supremo Tribunal Federal (STF) no ano de 2007, restou demonstrado que, das cento e vinte e sete leis e outras normas que tiveram sua legalidade questionada, cento e três (ou seja, 80,4%) foram consideradas inconstitucionais (RECONDO, 2008), revelando que a classificação do direito à saúde, como norma programática, não admite, diante de sua tamanha importância, que se lhe possa retirar imperatividade e eficácia imediata (MENDES, 2013, p. 22-27).

Karyna Rocha Mendes (2013, p. 22-27) pontua que, na posição adotada pelo STF, constata-se que foi conferido a referido direito um caráter distinto de mera norma programática, pois o qualificou como prerrogativa jurídica indisponível e direito fundamental.

Ao assegurar o direito à saúde como um direito fundamental, nosso ordenamento jurídico o torna disponível a toda a sociedade, a qual deve atuar de forma a efetivá-lo, e atribui ao poder público a responsabilidade de criar políticas públicas que visem a assegurar a sua efetividade, não se podendo eximir sob nenhum pretexto (SIQUEIRA, 2001, p. 76).

O direito à saúde, como um direito social, possui duas dimensões: positiva e negativa. Na dimensão negativa, significa que a saúde, como direito fundamental, está protegida contra qualquer agressão de terceiros, ou seja, o Estado e os particulares têm o dever de não afetar a saúde das pessoas. É o dever de não fazer nada que prejudique a saúde de ninguém e, devido a isso, tem dimensão negativa. Já a positiva, traz a possibilidade do indivíduo exigir do Estado, ou mesmo de particular, o cumprimento deste direito, com fundamento na Constituição Federal (SIQUEIRA, 2001, p. 94-98).

A dimensão positiva e a possibilidade do indivíduo exigir do Estado a efetivação do direito à saúde vem ocasionando uma “juridicização constitucional”, que, de um lado, impõe aos profissionais da saúde pública princípios e limites legais que antes não estavam presentes ou, quando estavam, não possuíam força de normas constitucionais, e, de outro, traz para o



mundo jurídico uma das áreas mais complexas das políticas públicas do Estado moderno (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

A partir do fim da década de 1990, os problemas começaram a aflorar por meio de milhares de ações judiciais espalhadas pelo Brasil, das quais centenas chegaram ao STF, com o confronto de argumentos entre as partes envolvidas. De um lado, o Estado, empresas e os profissionais da área da saúde pública partem da premissa de que os recursos da saúde são limitados em relação à demanda e, conseqüentemente, defendem a prerrogativa de escolher como aplicar esses recursos. Do outro lado, ante a situação das pessoas atendidas no sistema, sobreveio o posicionamento do Poder Judiciário, que parte da premissa de ser a saúde um direito fundamental assegurado constitucionalmente e reduz o argumento da escassez de recursos a um plano secundário (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

A maioria dos tribunais vem entendendo que o interesse financeiro do Estado não se pode sobrepor ao direito à saúde e à vida. É compreensível a preocupação do Poder Judiciário acerca do risco dos direitos sociais serem negligenciados sob o pretexto de serem normas programáticas, portanto, sem eficácia plena, mas é necessário analisar a disponibilidade dos recursos, e não descartar o problema da escassez dos mesmos (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Se Christian Starck defende caber ao Estado assegurar as condições materiais para a efetiva fruição dos direitos fundamentais, evitando o seu esvaziamento, Breuer pontua que a plena realização da justiça social, na condição de tarefa do Estado, deve ser aferida com base no parâmetro do grau de garantia das liberdades fundamentais, razão pela qual direitos subjetivos a prestações só podem ser reconhecidos na medida em que forem indispensáveis à manutenção da liberdades fundamentais, pressupondo que o indivíduo não se encontra mais em condições de, sem o auxílio do Estado, exercer autonomamente sua liberdade (STARCK e BREUER, *apud* SARLET, 2009, p. 342-372).

A questão pode ir além da mera fruição de direitos fundamentais e envolver a proteção da própria pessoa e de sua dignidade, ou seja, o Estado passa a ter o dever de proteger a dignidade não apenas por meio da proibição de condutas que contra ela atentem, mas também por meio de prestações materiais aptas a manter uma existência digna para o ser humano (BITENCOURT NETO, 2010, p. 117). Assim, antes mesmo de se considerar se a pessoa exerce direitos fundamentais ou não, seria necessário observar se há o respeito à



própria dignidade humana e, como decorrência, verificar se está assegurado o mínimo necessário para uma existência digna.

A garantia de um *standard* mínimo e a busca de um bom padrão em termos de justiça distributiva constituem, em princípio, tarefa do legislador, de modo que direitos subjetivos a prestações apenas seriam admissíveis quando o órgão legislativo descumprir a sua função a ponto de colocar seriamente em risco as liberdades fundamentais (BREUER, *apud* SARLET, 2009, p. 342-372).

Surgiram muitas críticas a respeito das dificuldades de se determinar qual o conteúdo deste *standard* mínimo a ser assegurado mediante prestações materiais, evidenciando a inviabilidade de formular um padrão genérico, daí ser indispensável uma análise casuística à luz das circunstâncias fáticas concretas (SARLET, 2009, p. 342-372).

Alguns doutrinadores defendem que esse mínimo necessário não se aplica aos direitos sociais sob o argumento da titularidade coletiva de tais direitos, visto que, para eles, o mesmo se aplica apenas aos direitos individuais. Entretanto, pode-se defender que este posicionamento está equivocado, pois os direitos sociais são vinculados ao mínimo existencial, como o direito à saúde, por exemplo, e somente pode ser aferido à luz das circunstâncias de cada pessoa individualmente considerada (SARLET, 2009, p. 342-372).

Ora, o mínimo necessário não depende de o legislador ter elaborado ou não leis a garantir uma justiça distributiva, porquanto a salvaguarda decorre do fundamento da dignidade humana e de se assegurar proteção à pessoa e respectivo desenvolvimento pessoal.

A "reserva do possível", na condição de limite fático e jurídico à efetivação dos direitos fundamentais, muitas vezes também tem sido utilizada como argumento impeditivo da intervenção judicial e desculpa para a omissão estatal no campo da efetivação de direitos fundamentais, especialmente de cunho social (SARLET, 2009, p. 342-372), embora haja ofensa à pessoa em aspectos individuais, o que é lamentável.

É verdade que está abrangida na obrigação de todos os órgãos estatais e agentes políticos a tarefa de maximizar os recursos e minimizar o impacto da reserva do possível. Assim, levar a sério a "reserva do possível" significa também, especialmente em face do sentido do disposto no art. 5º, § 1º, da Constituição de 1988, que cabe ao poder público comprovar a efetiva indisponibilidade total ou parcial de recursos, o não desperdício dos



recursos existentes e a eficiente aplicação dos mesmos (SARLET, 2009, p. 342-372). Tal fato, contudo, não afasta do dever estatal de proporcionar prestações sociais na área da saúde e de regulamentar todo o sistema de modo a assegurar a proteção essencial mínima às pessoas nesta seara.

Tanto a doutrina como a jurisprudência brasileira têm enfatizado sobre a relevância da proibição de proteção insuficiente ou deficiente, como critério a balizar a intervenção judicial no plano da efetividade dos direitos sociais. A "reserva do possível" não pode ser reduzida a um limite posto pelo orçamento, até porque, se fosse assim, seria um direito social sob "reserva dos cofres cheios", sem nenhuma vinculação jurídica (GRAU, *apud* SARLET, 2009, p. 342-372).

Quem governa um Estado Democrático de Direito é a Constituição, de modo que se impõe aos poderes constituídos o dever de fidelidade às opções do Poder Constituinte, ao menos no tocante aos seus elementos essenciais (SARLET, 2009, p. 342-372).

Os direitos fundamentais, notadamente os sociais, como é o caso do direito à saúde, exercem uma função sugestiva, apelativa, educativa e conscientizadora, que não pode ser desconsiderada. De igual modo, os direitos fundamentais, de modo particular os sociais, constituem uma necessidade, já que a sua desconsideração e ausência de implementação ferem os mais elementares valores da vida e da dignidade da pessoa humana (SARLET, 2009, p. 342-372).

Podemos verificar que, por ter o direito à saúde um fundamento constitucional de caráter programático ante a dependência de políticas sociais e econômicas, esbarra na escassez de recursos e na escolha de prioridades do administrador público, mas, pelo fato de o art. 6º da Constituição Federal prever que o direito à saúde é um direito social, torna-se, por outro lado, dever do Estado a sua implementação (SILVA, 2009).

O direito social à saúde conecta-se e/ou confunde-se com o direito fundamental à vida e, dada a alegada e existente escassez de recursos na área da saúde, o cidadão, cada vez mais consciente de seus direitos, busca a tutela jurisdicional para ver atendida sua necessidade de saúde, mediante a propositura de ações, que objetivam o fornecimento de remédios, a realização de exames, de cirurgias e de tratamentos diversos (SILVA, 2009).



Esta realidade teria, nas hipóteses de ausência de políticas públicas, conduzido o Poder Judiciário à formulação de políticas públicas por meio de decisões que obrigam o Poder Executivo a atender a pretensão do litigante, quer fornecendo-lhe medicamentos, quer oportunizando a realização de exames e cirurgias. Se o Estado não pode proporcionar diretamente um tratamento ou, quando um procedimento específico não é assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Administração Pública, com base no princípio da isonomia e por meio da aplicação de critérios médico-científicos, deve promover e financiar cuidados essenciais por outros meios, sempre com vista a garantir a segurança, a eficácia terapêutica e a qualidade necessária inerentes à política nacional de saúde (SILVA, 2009).

Há situações em que a reserva do possível regula a possibilidade e a extensão da atuação do Estado no que se refere à efetivação de alguns direitos sociais, inclusive no direito à saúde, condicionando a prestação estatal à existência de recursos públicos disponíveis. Gilmar Ferreira Mendes, ao dissertar sobre os direitos fundamentais e as prestações positivas, pontua que, embora tais prestações estejam vinculadas juridicamente, sua efetivação estaria submetida à reserva do financeiramente possível (MENDES, *apud* SILVA, 2009), mas o próprio Ministro esclarece que o STF, a partir de julgados nos quais foi relator, passou a adotar parâmetros para decisões na matéria, primeiramente com a verificação da existência ou não de políticas públicas, na medida em que, se houver alguma, o Poder Judiciário nada estaria criando, mas apenas determinando o seu cumprimento. Logicamente, ausente uma política pública, é preciso verificar se a falta da prestação de saúde decorre de omissão legislativa, decisão administrativa de não a fornecer ou, por fim, vedação legal expressa à sua dispensação. O segundo dado a ser considerado é a motivação para o não fornecimento, pois há casos em que não há comprovação científica do tratamento que se requer ao Poder Judiciário, casos em que cabe o fornecimento apenas do tratamento alternativo existente, ou, se não houver tratamento alternativo, verificar se o pleito diz respeito a tratamento novo ainda não testado pelo SUS, mas que deve ser fornecido, embora devam ser afastados os tratamentos experimentais (MENDES; BRANCO, 2013, p. 640).

Está claro que a manutenção da vida humana demanda ações e políticas estatais, mas também envolve a participação dos particulares. A proteção da vida ocorre por intermédio de



ações na área da segurança pública, da educação, da moradia e, obviamente, da saúde (SILVA, 2009).

A universalização do acesso a medicamentos especiais e cirurgias de alto custo tem prevalecido, com fundamento no direito à saúde, como um direito subjetivo público em prol de qualquer cidadão em face ao Estado. Diante disso, qualquer cidadão pode promover uma ação individual, visando a obter um medicamento especial ou cirurgia não fornecida gratuitamente pela rede pública de saúde (SILVA, 2009).

Além disso, em uma sociedade tão desigual financeiramente e que prega a igualdade de todos, seria injusto e desproporcional exigir pagamento por parte dos mais pobres em relação aos serviços de saúde, pois a saúde e a manutenção da vida humana são os fundamentos do nosso ordenamento jurídico, razão pela qual todos os recursos financeiros possíveis devem ser aplicados para salvar uma vida, por menores que sejam as chances de sobrevivência e por maiores que sejam os custos envolvidos.

3.1 A saúde e o direito à vida

O direito à vida é um direito da personalidade que ocupa posição de primazia, tendo em vista que, por ser condição para a própria existência do ser humano, é pressuposto para os demais direitos. A doutrina tradicional afirma que a personalidade inicia-se com o nascimento com vida e permanece até a morte, mas alguns direitos perduram mesmo após a morte (BITTAR, 2003, p. 70-71).

Muitas divergências surgiram com relação ao momento em que a vida se inicia e, por consequência, a sua proteção. Para Carlos Alberto Bittar (2003, p. 70-71), o direito à vida permanece integrado ao nascituro, que também é portador de direitos, e, ao ser liberado do ventre materno, passa a respirar por si mesmo, concretizando sua autonomia ao acionar o mecanismo respiratório.

Já para Elimar Szaniawski (2005, p. 147-148), adepto a teoria concepcionista, o embrião, desde a fecundação, já é um ser vivo distinto da mãe, possuindo autonomia genética e biológica, sendo, portanto, sujeito de direitos. Para os adeptos da referida teoria, o direito à



vida também abrange o direito do embrião e do feto de nascer e se desenvolver, ou seja, de não serem vítimas de um descarte ou aborto.

A vida é o processo inverso da morte, ou seja, viver é não morrer, é não ter o seu curso natural de vida interrompido por ato próprio ou de outra pessoa, voluntariamente ou não. O direito à vida é um direito individual e social, que conduz à ideia de que toda pessoa tem o direito de desfrutá-la, cabendo ao poder público efetivar referido direito e que o mesmo seja assegurado com dignidade (SZANIAWSKI, 2005, p. 147-148).

É imprescindível que, nas relações entre pacientes, médicos e hospitais, o direito à saúde e, por consequência, o direito à vida e à integridade física e mental, sejam resguardados, diante da importância dos bens jurídicos envolvidos e também porque os danos advindos desta relação podem ser catastróficos e irreversíveis.

Conquanto o direito à vida seja pressuposto de todos os demais direitos, conforme anteriormente exposto, é importante destacar também o direito à integridade física e mental como um desdobramento do direito à saúde, visto que o mesmo possui íntima ligação com a relação triangular supracitada. Portanto, a fim de caracterizar a integridade física e mental com maior clareza, referido direito será abordado no próximo tópico.

3.2 A saúde e o direito à integridade física e mental

O direito à integridade física e psíquica possui grande expressão para o desenvolvimento humano, pois, por meio dele, protege-se a incolumidade do corpo e da mente. Referido direito acompanha o ente humano desde a sua concepção até a morte (BITTAR, 2003, p. 76).

O direito à integridade física e psíquica protege a pessoa contra lesões a seu corpo e sua mente, consistindo na manutenção da higidez física e mental. A integridade física, como direito da personalidade, pode alcançar até mesmo o nascituro ou o cadáver. A proteção jurídica à integridade busca evitar à pessoa o sofrimento corporal e psíquico, tendo em vista que, conforme mencionado anteriormente, trata-se de direito subjetivo da personalidade que tem por objeto o usufruto da integridade física e mental. Destaca-se que, diferentemente do



direito à vida, o direito à integridade é disponível em algumas circunstâncias excepcionais (BELTRÃO, 2005, p. 107).

O direito supracitado compreende, ainda, o direito ao corpo vivo e às suas partes integrantes. O corpo vivo da pessoa é como a projeção da dignidade da pessoa humana e também é o instrumento por meio do qual se desenvolve a personalidade. Em razão disso, não se admite a disposição do corpo que torne inviável a vida, a saúde, ou que cause deformidade permanente (BELTRÃO, 2005, p. 109).

A pessoa, no exercício de sua personalidade, pode autorizar a privação de partes anatômicas do corpo ou órgãos, desde que em prol de sua própria higidez física, como, por exemplo, a retirada de partes doentes do corpo, ou em prol de terceira pessoa, como no caso de transplante de órgãos (BELTRÃO, 2005, p. 110).

O transplante de órgãos inclusive já foi regulamentado pela Lei 9.434/97, que permite à pessoa, juridicamente capaz, dispor de seu corpo, desde que gratuitamente, para fins terapêuticos ou para transplantes. Referida lei prevê, ainda, que a doação só é permitida no caso de órgãos duplos, de partes dos órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o doador de continuar vivendo sem risco à sua integridade física, nem represente grave comprometimento de suas aptidões vitais (BELTRÃO, 2005, p. 110).

Em determinados casos, é lícito ao médico promover a diminuição permanente da integridade física do paciente, desde que com o seu consentimento expresso. Nos casos em que o paciente não estiver em condições de expressar sua vontade, transfere-se o poder de autorização ao representante legal ou parentes do paciente. Se for o caso de iminente risco de vida, o médico pode fazer as intervenções necessárias, sem qualquer consentimento (SZANIAWSKI, 2005, p. 469-474).

O direito à integridade física, apesar de ser um direito oponível *erga omnes*, pode ser disponível dentro de certos limites e desde que essa disponibilidade não represente diminuição permanente da integridade física nem contrária à lei e aos bons costumes (SZANIAWSKI, 2005, p. 469-474).

Por sua vez, após a morte, é permitida a disposição do corpo, no todo ou em parte, conforme prevê o art. 14 do Código Civil, desde que com objetivo científico, ou altruístico, de forma gratuita. Trata-se de proteção da personalidade *post mortem*, com fundamento na ideia



de proteção da dignidade humana, mesmo após a morte, preservando o direito da personalidade do cadáver (BELTRÃO, 2005, p. 111).

A Lei 9.434/97 prevê que a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo do cadáver para transplantes, ou com finalidade terapêutica, depende de autorização do cônjuge ou parente, obedecendo a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau. Assim, o corpo da pessoa morta possui as mesmas prerrogativas dos direitos da personalidade, sendo vedada a comercialização do corpo e resguardada a integridade física da pessoa falecida (BELTRÃO, 2005, p. 112).

Releva mencionar que, por conta da proteção à integridade física, o art. 15 do Código Civil prevê que o paciente pode recusar a ser submetido a tratamento médico ou intervenção cirúrgica que possa colocar em risco a sua vida. Contudo, a manifestação de vontade do paciente deve ser consciente dos riscos da não intervenção médica (BELTRÃO, 2005, p. 112).

Muito se discute a questão da recusa de tratamento médico por questões religiosas, como no caso das Testemunhas de Jeová, que não aceitam transfusão de sangue, com decisão fundada na liberdade religiosa. Em contraponto, a autonomia da vontade não é um direito absoluto, por estar restrita às normas de ordem pública, no caso em apreço para tutelar a vida e integridade física do paciente. Diante do conflito entre a autonomia da vontade e a integridade física, bem como o dever de beneficência do médico, chega-se à conclusão de que a autonomia do paciente deveria prevalecer, motivada por razões religiosas, pois não se pode desprezar os valores do paciente. Além disso, é dever do médico informar o paciente sobre os tratamentos disponíveis e os riscos, bem como respeitar a escolha do paciente (BELTRÃO, 2005, p. 114-116). Na hipótese de crianças, por não haver a formação religiosa, tem-se realizado transfusões sanguíneas para a preservação da vida, embora isto seja questionável.

A pessoa pode, ainda, autorizar operação corretiva ou estética, desde que com orientação profissional, visto que é admissível a lesão não só para cura, mas também para embelezamento, cabendo ao médico responsável informar o paciente dos riscos (BITTAR, 2003, p. 78-79).

No tocante ao direito à integridade física, é importante mencionar também que, embora a prática de esportes perigosos tragam riscos enormes a saúde e à vida do praticante, a aceitação dos próprios participantes e da sociedade acabou legitimando a existência deles. Por



conta disso, a pessoa fica sujeita a riscos advindos, podendo, de forma consentida, sofrer danos a sua integridade física (BITTAR, 2003, p. 78-80).

As mesmas ponderações são aplicáveis ao exercício de funções ou trabalhos considerados perigosos, nos quais a pessoa cede a outrem sua energia física e mental e, em contrapartida, recebe uma remuneração. Nesses casos, cabe ao responsável pela atividade tomar as providências cabíveis para evitar ou diminuir os riscos (BITTAR, 2003, p. 78-80).

Vale mencionar que, no caso da autolesão ou mutilação voluntária, o ingresso na área jurídica ocorre apenas quando em conexão com objetivo não permitido pelo ordenamento, sujeitando os agentes às penalidades aplicáveis à espécie. O delito em si não existe, pois o tipo penal caracteriza-se pelo dano a *outrem* (BITTAR, 2003, p. 78-80).

Por fim, releva mencionar, o atentado à integridade física pode atingir a honra ou imagem da pessoa, na medida em que o elemento lesado lhe seja essencial para sua atividade, como, por exemplo, o corte de cabelo de uma artista que nele tenha seu elemento identificador ou, ainda, um corte de barba feito contra a vontade da pessoa. Nesses casos, ao lado da repressão penal, também é necessária a responsabilização civil (BITTAR, 2003, p. 78-80).

A tutela à integridade física, à vida e à saúde busca assegurar a todos uma vida com qualidade, para que a dignidade humana seja realmente efetivada. Na relação trina estabelecida entre paciente, médico e hospital, não pode ser diferente, pois é indispensável que se busque, primeiramente, um atendimento de qualidade ao paciente, primando por sua vida, sob pena de aquele que vier a causar dano a *outrem* ser responsabilizado.

4 A RESPONSABILIDADE CIVIL DECORRENTE DOS DANOS MÉDICO-HOSPITALARES

Na relação triangular estabelecida entre paciente, médico e hospital, podem surgir inúmeros danos, seja por conta da má-prestação dos serviços essencialmente hospitalares, ou ainda, pelo próprio atendimento do médico. Todo e qualquer dano causado ao paciente deverá ser penalizado e essa responsabilidade pode advir do contrato firmado entre o paciente e o hospital, ou, ainda, de forma extracontratual, quando proveniente das prestações médicas (KFOURI NETO, 2015, p. 13-20).



Via de regra, o estabelecimento hospitalar não exerce nenhuma influência no atendimento médico, mas mantém um vínculo contratual com os profissionais que exercem suas atividades no estabelecimento e, em razão disso, torna-se responsável solidariamente pelos danos causados aos pacientes (KFOURI NETO, 2015, p. 13-20).

Já nos casos em que o médico atua com total independência, sem qualquer vínculo com o hospital, pode inexistir a responsabilidade solidária do estabelecimento hospitalar, prevalecendo só a responsabilidade do médico, que deverá ser averiguada no caso concreto (KFOURI NETO, 2015, p. 13-20).

Da relação médico-hospitalar podem surgir danos de duas origens: os decorrentes dos serviços hospitalares do prestador, no âmbito da hospedagem, exames, enfermaria, aparelhos e estrutura do estabelecimento; ou, então, em razão de conduta dos profissionais contratados (KFOURI NETO, 2015, p. 13-20). Nos danos ocasionados pelos serviços hospitalares, a responsabilidade do hospital será objetiva, tanto pela má prestação dos serviços diante de um aparelho com funcionamento defeituoso, como por falhas cometidas por seus prepostos, podendo, inclusive, exercer direito de regresso contra o encarregado que causou o dano culposamente (KFOURI NETO, 2015, p. 13-16). Já nos casos de danos causados por atos essencialmente médicos, a responsabilidade civil será subjetiva, devendo ser apurada a culpa do profissional causador do dano no caso concreto, para aferir se o mesmo atuou com imprudência, imperícia ou negligência (KFOURI NETO, 2015, p. 13-16). Assim, o hospital pode ser responsabilizado solidariamente se o médico não atuava de forma independente ou, em atuando desta forma, se o estabelecimento concorreu para acarretar o dano.

A relação formada entre o paciente, o médico e o hospital precisa ser resguardada juridicamente agora com maior cuidado, primeiro porque os pacientes estão se tornando apenas números, ou seja, muitas vezes encontram no serviço de saúde só profissionais que, dada a elevada quantidade de pacientes, também se tornaram meros prestadores de serviços, e depois, igualmente, pela seriedade dos direitos que estão envolvidos, a saber, o direito à vida e à integridade física e psíquica.

O art. 12 do Código Civil traz a previsão de que o sujeito que se sentir lesado tem o direito de exigir que cesse a ameaça ou lesão, além das perdas e danos, sem prejuízo das demais sanções previstas no ordenamento jurídico. Deve ser assegurado à pessoa que se sentir



ferida em algum dos seus direitos da personalidade que o infrator seja responsabilizado pelo dano causado. Essa regra, tanto mais, também se aplica no que tange às situações em que há ofensa ao direito à saúde, à vida e à integridade física e psíquica, pois, quando há violação a algum desses direitos na relação estabelecida entre paciente, hospital e médico, a responsabilidade deverá recair sobre uma das partes (KFOURI NETO, 2015, p. 13-16).

É a necessidade de reparar os danos aos direitos da personalidade, ora em maior quantidade dada a massificação da atividade na área da saúde, que passa a justificar a responsabilidade civil com fundamento em novos parâmetros.

A objetivação da responsabilidade civil pode gerar um aumento de demandas acolhidas, mas sem a correspondente elevação do custo do sistema, pois os valores indenizatórios serão reduzidos, com o resultado reparatório desvinculado de fins punitivos ou moralizantes, os quais tradicionalmente se vinculam à responsabilidade subjetiva (EPSTEIN, *apud* SCHREIBER, 2015, p. 222) em face da averiguação da culpa. A propósito, a necessidade de reparar danos acarreta distribuição dos custos entre os responsáveis:

A perda da nitidez da distinção entre responsabilidade subjetiva e objetiva encontra-se, por certo, vinculada à gradual reunificação entre a antijuridicidade e o dano. O já mencionado despertar do direito contemporâneo para a necessidade de assegurar proteção a interesses tutelados, independentemente da violação das normas proibitivas de determinados comportamentos indesejáveis, restaura o componente antijurídico do próprio dano, fazendo com que a avaliação da conduta do ofensor passe de elemento fundamental à componente dispensável da responsabilização. Essa transformação estrutural provém, a rigor, de uma modificação funcional profunda, [...]. Em síntese, o que a expansão do dano ressarcível deve provocar, na esteira de uma continuada transformação do instituto da responsabilidade civil, é não um aumento dos custos do sistema de reparação, como temem alguns, mas uma mais ampla distribuição destes custos entre os potenciais responsáveis. Trata-se, em síntese, de um processo de repartição do ônus ressarcitório, que se pode chamar, simplificadoramente, de diluição dos danos. (SCHREIBER, 2015, p. 224)

Partindo dessas exposições, verifica-se que a relação formada entre paciente, médico e nosocômio precisa ser melhor resguardada juridicamente, porquanto, com o atendimento sequencial e em massa de pacientes, danos podem ocorrer com maior frequência aos direitos da personalidade, justificando-se maior responsabilidade civil em face da violação ao direito à saúde, à vida e à integridade física e psíquica para punir os infratores, bem como prevenir novos eventos danosos.



5 CONCLUSÃO

O presente artigo teve como objetivo demonstrar como se caracteriza a relação triangular entre paciente, médico e hospital, e a quem cabe a responsabilização pelos danos decorrentes desta relação, seguindo os preceitos do ordenamento jurídico pátrio.

Evidenciou-se a vulnerabilidade do paciente perante o médico e o hospital, visto que, nas relações hospitalares, caracteriza-se como um consumidor e, perante o médico, é igualmente vulnerável, pois confia sua vida e integridade física e psíquica aos cuidados do profissional, dado o conhecimento técnico deste e acreditando que seu direito à saúde será resguardado com seriedade e eficiência.

Os causadores dos danos precisam ser responsabilizados civilmente por suas condutas, pois o paciente, ao procurar os serviços de saúde, busca uma solução para o problema que lhe está causando algum sofrimento e espera que seja resolvido, confiando sua integridade ao médico e ao estabelecimento hospitalar.

Nota-se que o vínculo entre o paciente, o médico e o hospital encontra-se cada vez mais despersonalizado e, em caso de eventuais danos decorrentes dessa relação triangular, o responsável precisa ser penalizado, respondendo pelos danos causados aos pacientes, evidenciando a necessidade de uma tutela jurídica específica.

Conclui-se que a responsabilidade hospitalar, por ser um serviço oferecido cada vez mais em massa, deve ser efetivamente aferida de forma objetiva, tanto pelos serviços hospitalares como pela conduta dos profissionais contratados pelo nosocômio, ao passo que os médicos merecem apuração da responsabilidade sob a modalidade subjetiva, pois ainda mantêm uma maior proximidade com os pacientes, muito embora esta consideração venha perdendo espaço nos últimos tempos, o que poderá levar a uma correção, para que também possa vir a ser averiguada objetivamente.

O tema vem ganhando destaque cada vez maior, tendo em vista que, infelizmente, os danos decorrentes de erros médicos e pela má prestação dos serviços hospitalares cresce paulatinamente e a legislação utilizada na solução desses litígios tem sido a mesma dos casos de responsabilidade civil em geral, sem um ordenamento preciso no que tange à responsabilidade decorrente dos danos médico-hospitalares.



REFERÊNCIAS

- BELTRÃO, Silvio Romero. **Direitos da personalidade**: de acordo com o novo Código Civil. São Paulo: Atlas, 2005.
- BITENCOURT NETO, Eurico. **O direito ao mínimo para uma existência digna**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.
- BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505>>. Acesso em: 08 maio 2017.
- FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.
- KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil dos hospitais**: Código Civil e Código de Defesa do Consumidor. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.
- LORA ALARCÓN, Pietro de Jesús. **Patrimônio Genético Humano e sua proteção na Constituição Federal de 1988**. São Paulo: Método, 2004.
- MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- MENDES, Karyna Rocha. **Curso de direito da saúde**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- RECONDO, Felipe. 80% das leis questionadas são inconstitucionais. **O Estado de São Paulo** – Nacional. 25. mar. 2008.
- ROMAN, Diane. **Le droit public face à la pauvreté**. Paris: LGDJ, 2002.



SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SCHEREIBER, Anderson. **Novos paradigmas da responsabilidade civil**: da erosão dos filtros da reparação à diluição dos danos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde**: efetivação em perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Leny Pereira da. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. 65 f. Monografia (Especialização em Direito Público). Curso de Pós-graduação *lato sensu* do Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP), Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAÚDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 06. jun. 2017.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Tutela coletiva do direito à saúde**. Franca: Lemos e Cruz, 2001.

SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos de personalidade e sua tutela**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

TSUTIYA, Augusto Massayuki. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.