

*Cómo citar este texto:*

Pimentel Gameiro, I. (2015). O conteúdo constitucional do direito à proteção da saúde no direito luso-brasileiro: subdireitos. *Derecom*, 19, 117-135. <http://www.derecom.com/derecom/>

## O CONTEÚDO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE NO DIREITO LUSO-BRASILEIRO: SUBDIREITOS

## THE CONSTITUTIONAL CONTENT OF THE RIGHT TO HEALTH PROTECTION IN PORTUGUESE AND BRAZILIAN LAWS: DERIVED RIGHTS

©Ian Pimentel Gameiro  
Universidade de Coimbra (Portugal)  
pimentel.ian@hotmail.com

### Resumo

O estudo que se segue tem por objetivo analisar os subdireitos ou direitos derivados componentes do conteúdo constitucional do direito fundamental à proteção da saúde na perspectiva luso-brasileira. O pressuposto teórico assumido é o de que o direito à proteção da saúde não se esgota somente no subdireito a receber-se do Estado um conjunto de prestações sanitárias. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo que promove uma revisão da literatura existente sobre o tema e que divide o conteúdo investigado em onze tópicos, sendo oito deles dedicados aos subdireitos integrantes do conteúdo constitucional do direito à proteção da saúde. Conclui considerando que a eficácia, aplicabilidade e justiciabilidade deste direito deve ser aferida à luz do exame concreto de cada subdireito.

### Summary

The following study aims to analyze the derived rights that are the stuff of the constitutional content of the fundamental right to health protection in the Portuguese-Brazilian perspective. The assumed theoretical presupposition is that the right to health protection is not limited only in the derived right to receive from the State a set of health benefits. In methodological terms, it is a study that promotes a review of existing literature on the subject. The content investigated is divided into eleven topics, eight of them devoted to the derived rights of the constitutional content of the right

to health protection. It concludes taking into account the effectiveness, applicability and justiciability of this right in the light of careful examination of each derived right.

**Palavras-chave:** Dogmática Constitucional, Direito à Proteção Saúde, Subdireitos, Direitos Derivados

**Keywords:** Constitutional Law, Right to Health Protection, Sub-rights, Derivative Rights.

## O CONTEÚDO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE NO DIREITO LUSO-BRASILEIRO: SUBDIREITOS

### THE CONSTITUTIONAL CONTENT OF THE RIGHT TO HEALTH PROTECTION IN PORTUGUESE AND BRAZILIAN LAWS: DERIVED RIGHTS

©Ian Pimentel Gameiro  
Universidade de Coimbra (Portugal)  
pimentel.ian@hotmail.com

#### Resumo

O estudo que se segue tem por objetivo analisar os subdireitos ou direitos derivados componentes do conteúdo constitucional do direito fundamental à proteção da saúde na perspectiva luso-brasileira. O pressuposto teórico assumido é o de que o direito à proteção da saúde não se esgota somente no subdireito a receber-se do Estado um conjunto de prestações sanitárias. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo que promove uma revisão da literatura existente sobre o tema e que divide o conteúdo investigado em onze tópicos, sendo oito deles dedicados aos subdireitos integrantes do conteúdo constitucional do direito à proteção da saúde. Conclui considerando que a eficácia, aplicabilidade e justiciabilidade deste direito deve ser aferida à luz do exame concreto de cada subdireito.

#### Summary

The following study aims to analyze the derivative rights that are the stuff of the constitutional content of the fundamental right to health protection in the Portuguese-Brazilian perspective. The assumed theoretical presupposition is that the right to health protection is not limited only in the derivative right to receive from the State a set of health benefits. In methodological terms, it is a study that promotes a review of existing literature on the subject. The content investigated is divided into eleven topics, eight of them devoted to the derivative rights of the constitutional content of the right to health protection. It concludes by taking into account the effectiveness, applicability and justiciability of this right in the light of careful examination of each derivative right.

**Palavras-chave:** Dogmática Constitucional, Direito à Proteção Saúde, Subdireitos, Direitos Derivados

**Keywords:** Constitutional Law, Right to Health Protection, Sub-rights, Derivative Rights.

#### 1. Introdução

A questão de saber quais subdireitos (ou direitos derivados) eventualmente decorrem do conteúdo do direito fundamental à proteção da saúde em uma dada conformação constitucional – neste caso a

conformação que lhe dá a Constituição brasileira de 1988 e a Constituição portuguesa de 1976 – encerra problemática mais ampla e profunda que gira em torno de saber se os direitos sociais caracterizam-se unicamente pela garantia de acesso e gozo de bens materiais escassos em regime de financiamento pública, ou se também possuem uma estrutura dogmática mais complexa que permite a sua invocação quando esteja em causa a própria intenção prática visada pelo direito como um todo.

É dizer: pode o direito à proteção da saúde ser invocado para garantia de educação em saúde ou participação popular em instituições sanitárias, ou, ao contrário, o seu âmbito normativo limita-se unicamente à garantia de acesso e gozo de determinados procedimentos terapêuticos?

Com o nosso “Conteúdo Constitucional do Direito à Proteção da Saúde no Direito Brasileiro: subdireitos”, intencionamos evidenciar ao leitor desde o título aquele que constituirá nosso tema de análise e objeto de preocupação: os subdireitos, ou direitos derivados, integrantes *prima facie* do conteúdo constitucional do direito à proteção da saúde, tendo na Constituição brasileira de 1988 e na Constituição portuguesa de 1976 as nossas referências analíticas.

Nossa hipótese de partida é a de que o direito à proteção da saúde se decanta em outros múltiplos direitos derivados ou subdireitos que tanto são fundamentais para o logro da dimensão prestacional principal – o acesso e gozo de prestações de saúde –, como são subdireitos autônomos que se referem à intenção prática objetivada pelo direito como um todo – a garantia da proteção da saúde.

Se bem é certo que o direito a receber do Estado um conjunto de prestações sanitárias, cujo veículo principal é o subsistema público de saúde institucionalizado, constitui o mais prominente subdireito da função de promoção do direito global à proteção da saúde, não é menos certo, sem embargo, que o conteúdo da cláusula aí se esgota.

Esta é uma perspectiva que pretende desconstruir, ou ao menos mitigar, a ideia de que o conteúdo do direito à proteção da saúde se limita tão somente a uma concessão de prestações sanitárias por parte do Estado, e, portanto, não possui âmbito normativo mais amplo.

Em termos metodológicos, concentraremos-nos em revisar a literatura constitucional especializada sobre direitos fundamentais e direito à proteção da saúde em vista de percorrer um conjunto de oito tópicos dedicados aos subdireitos que reconhecemos decorrer diretamente, e apenas diretamente, do conteúdo constitucional do direito à proteção da saúde. Com uma derradeira informação: não se trata de uma lista exauriente ante a evidente possibilidade de a conformação constitucional atual do direito à proteção da saúde vir a ser alterada pelo legislador constituinte derivado.

## **2. Subdireito à Educação em Saúde**

Como se sabe, um dos grandes contributos que os estudos médicos e sociais ofereceram particularmente nos últimos cinquenta anos acerca do processo saúde-doença foi, sem dúvida, a demonstração dos vínculos que ambos os estados mantêm com o nível de educação, de renda, de nutrição, etc., das pessoas. A saúde como mera ausência de doença perdeu o seu espaço e, como possibilidade teórica de leitura do processo saúde-doença, passou a ser paradigma fortemente questionado.

Esta modificação, que até então restringia-se ao domínio da filosofia da ciência e da medicina, expandiu-se para outros domínios e, no domínio do Direito, conduziu a que se passasse a garantir algum nível da educação sanitária e algum nível da instrução necessária que antes estava reservada à investigadores e profissionais da saúde.

É, pois, neste quadro que o subdireito à educação em saúde passa a jogar papel relevante. A dupla pretensão de ter-se, de um lado, indivíduos responsáveis pela sua condição de sanidade, e, de outro, a redução dos gastos públicos e ao cabo a própria sustentabilidade do subsistema público de saúde perpassam, antes, pela necessidade de dotar a sociedade da educação necessária à escolha de modos e hábitos de vida saudáveis (Barbosa, 1987).

No direito luso-brasileiro, o subdireito à educação em saúde está garantido pelos artigos 196 e 64 das Constituições do Brasil e de Portugal, respectivamente, e compreende quatro significados principais, sendo os dois primeiros mais gerais e os dois últimos mais específicos.

O primeiro deles consiste em um direito a recepção de conhecimentos sobre modos, hábitos, práticas e comportamentos em geral, espécie de código de posturas e de modos de vida saudáveis dos quais necessitam estar dotados os indivíduos especialmente para fins de prevenção e não propagação de enfermidades.

O segundo, como o outro lado da moeda, consiste no direito a transmissão de conhecimento relativos às práticas e aos procedimentos cientificamente comprovados, e a outros mais que resultem benéficos a partir das práticas e conhecimentos tradicionais (Silva, 2005).

Este subdireito à educação em saúde, portanto, não só garante o aprendizado e o ensino; assegura também, embora com algum controle, os próprios conteúdos que são ensinados. Deve haver aqui a especial valorização do ensino e da aprendizagem de conhecimentos tradicionais relativos ao tema, desde que precedidos por algum tipo de certificação da sua eficácia pelo Estado.

Em seus sentidos mais específicos, o subdireito à educação em saúde compreende a garantia de investigação científica e de divulgação dos conhecimentos produzidos (Silva, 2005).

*[...] no que respeita à pesquisa clínica, a Lei Orgânica da Saúde acrescenta ao elenco das diretrizes estabelecidas constitucionalmente os princípios da “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” e, também, do “direito à informação sobre sua saúde”. Ela determina, igualmente, que todas as esferas de poder político do sistema sanitário se responsabilizem pela “definição e controle dos padrões éticos para pesquisa”, em articulação com entidades da sociedade (Lei n. 8.080 de 19/09/1990, art. 7º, III e V e 15, XVII) (DALLARI, 2005: 20).*

Já no que toca ao subdireito de propagação dos conhecimentos produzidos, está compreendida não só a garantia de livre divulgação e circulação de obras científicas, mas, também, o direito a receber-se todos os incentivos necessários a esta divulgação, como auxílios ou subvenções voltadas para esta finalidade.

O subdireito à educação em saúde traduz em seus quatro significados principais, antes de mais, uma relevante faculdade posta em benefício da sociedade, dado o significado social e a atenção ao interesse público primário que manifesta.

### 3. Subdireito à Informação em Saúde

De par com o subdireito à educação segue o subdireito à informação em saúde, regulado pelos artigos 5º, inciso XIV, e 37 das Constituições do Brasil e de Portugal, respectivamente.

De fato, os subdireitos à educação, à informação e à participação constituem o núcleo das condições jurídicas fundantes de um exercício responsável e cidadão do direito à proteção da saúde como um todo.

Com efeito, não é possível pretender-se uma sociedade e um Estado juridicamente comprometidos com a realização do direito à proteção da saúde sem que, antes, tenha-se essa mesma sociedade suficientemente educada, informada e participante. A literatura produzida sobre o assunto já deu conta do vínculo umbilical entre estes três domínios e da sua relação com a cidadania.

Pois assim como o subdireito à educação, a informação em saúde também não se exaure em um único significado. Possui, a bem da verdade, uma intrínseca complexidade normativa e desempenha no âmbito do ordenamento múltiplas funções, razão pela qual cumpre distinguir os diversos sentidos de que se reveste.

Primeiramente, é necessário identificar na informação em saúde o sentido de subdireito à *informação geral*, como refere Juan Pemán Gávin. Este sentido de subdireito à informação geral designa o conjunto de informações administrativas sobre os serviços e prestações sanitárias oferecidas, os requisitos e modos de utilização exigidos, os direitos e obrigações envolvidos, etc., das quais os indivíduos devem estar dotados a fim de orientar sua atuação (Gávin, 2001).

Trata-se do subdireito de receber informações que permitem ao indivíduo ter condições de saber como atuar, quando atuar, a quem procurar, como e quando exigir as prestações e serviços oferecidos, e quais as obrigações para as quais deve prestar obséquio. Neste significado tanto está compreendida a esfera pública, a relação indivíduo-Estado, quanto a esfera privada, a relação indivíduo-particular produtor de cuidados de saúde com fins lucrativos ou não.

Em segundo lugar, também cumpre reconhecer um direito à informação sobre *riscos e procedimentos clínicos*. Este conjunto de informações, que desde logo não se limitam à relação médico-paciente, mas é amplo suficiente para abranger a relação profissionais de saúde-paciente, constitui o conjunto básico de explicações que o indivíduo em condição de morbidez precisa possuir para consentir com as intervenções terapêuticas e médicas sobre o seu organismo (León, 2009).

Segundo indicação de Eduardo Dantas, trata-se do conjunto de informações relativas às múltiplas opções terapêuticas (não só a principal), seus objetivos e detalhes, seus benefícios e riscos (frequentes ou potenciais), possíveis efeitos colaterais, taxas de sucesso e insucesso, as razões pelo encaminhamento de uma via terapêutica e não outra, o prognóstico clínico, e o risco envolvido na opção pelo não tratamento, informações das quais o paciente deve ser informado por ocasião do seu atendimento pelos profissionais de saúde (Dantas, 2011).

Em seguida a este, cumpre identificar o direito à informação como o próprio *núcleo da prestação material sanitária*. Trata-se do complexo de informações clínicas que se obtém por ocasião do momento de realização de exames diagnósticos, cujo conteúdo revelará ou não a existência de

agentes morbígenos no organismo, ou por ocasião dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde (Gávin, 2001).

Este conjunto compreende, portanto, tanto os diagnósticos clínicos quanto as informações terapêuticas nucleares ou complementares fornecidas pelos profissionais da saúde (pautas de conduta a observar, contraindicações, limitações medicamentosas ou fisiológicas, etc.).

Depois, há que se reconhecer também a dimensão que compreende o direito do indivíduo obter do Estado ou do produtor particular de cuidados os históricos clínicos e as informações armazenadas relativas à sua vida e história clínica pessoal. Cuida-se, portanto, do direito aos *históricos, dados e informações pessoais*.

*Se trata de un aspecto en principio instrumental respecto a la actividad asistencial de los centros sanitarios que se manifiesta en la obtención, archivo, custodia y utilización de toda la información recabada con ocasión de la asistencia prestada a los pacientes, pero que en la práctica tiene una gran importancia como exigencia imprescindible para una correcta acción asistencial (Gávin, 2001: 108).*

Sem embargo, inexistente qualquer limitação ou contingenciamento que impeça o indivíduo de obter tais informações, e desde que demonstrado o tipo de vínculo, pode-se requerer também os históricos e informações de terceiros que por motivo justificado não o podem fazê-lo pessoalmente.

Por fim, já encerrando este tema, desponta necessário reconhecer também um direito de obter-se *informações epidemiológicas gerais*. À partida, parece importante dotar os indivíduos dos conhecimentos relativos às condições e problemas sanitários coletivos e os riscos e perigos à saúde pública. Não só pelo seu aspecto político e social intrínseco. De fato, somente por meio destas informações é que podem as pessoas e as autoridades públicas adotar as práticas e comportamentos necessários à prevenção e não propagação de enfermidades.

#### **4. Subdireito à Intimidade e ao Sigilo de Dados e Informações**

Se a recolha e armazenamento de informações, históricos clínicos e dados sobre saúde é de extrema importância para o Estado, seja para fins de investigação científica, seja para fins de avaliações e análises epidemiológicas, seja, ainda, para fins de planejamento das ações e políticas sociais, o resguardo, não divulgação e proteção destas informações é o seu dever (artigos 5º, X, da Constituição do Brasil; e artigos 26, 1 e 35, 4, da Constituição de Portugal) (Liberal, 2005).

O dever de sigilo e proteção da intimidade encontra suas raízes no sempre atual juramento de Hipócrates de Cós e, embora a princípio estivesse no cerne da relação médico-paciente como um pilar fundamental deste vínculo pessoalíssimo de confiança, hoje sua projeção é mais dilargada e abrange não só todos os profissionais e entidades direta ou indiretamente envolvidos na cadeia produtiva dos cuidados de saúde, como, também, o próprio Estado (Estornihno, Macieirinha, 2014).

Sua principal função é dar condições para “*que o paciente confie no seu médico e, assim, lhe transmita toda a informação relevante para a formulação do diagnóstico e para a tomada de decisões terapêuticas*”, isto por meio da interdição da divulgação de dados e informações (Estornihno, Macieirinha, 2014: 276-277).

O significado mais sobressalente do subdireito à intimidade e ao sigilo de dados e informações é, portanto, o de interditar a divulgação de informações, dados e históricos clínicos armazenados pelos profissionais e pelas entidades públicas e privadas prestadoras de serviços de saúde. Todo aquele que é interveniente na cadeia produtiva dos cuidados de saúde é responsável

pela observância deste dever essencial e sujeita-se, pelo seu descumprimento, às sanções penais, civis e administrativas cabíveis.

No entanto, tal como ocorre com os demais direitos abordados até aqui, o subdireito à intimidade e ao sigilo depura-se ainda em mais um significado essencial.

De par com o sigilo também vai o anonimato. Conquanto o sigilo não pressuponha necessariamente o anonimato, a preservação da identidade inescapavelmente exige a sua não divulgação ou exposição. Assim, o direito à intimidade e ao sigilo também significa o direito ao anonimato na específica hipótese da doação de óvulos e sêmen, e nas demais hipóteses em que a lei ou a Constituição admite o anonimato.

Como não subsiste no ordenamento jurídico luso-brasileiro nenhum direito fundamental com caráter absoluto, também o subdireito à intimidade e ao sigilo admite flexibilizações. São três as hipóteses em que se permite a divulgação de informações, dados e históricos clínicos.

A primeira delas tem a ver com a hipótese do acesso aos dados, informações e históricos clínicos para fins de uso estatístico, epidemiológico, docente ou científico. Com efeito, o planejamento das políticas sociais de saúde e o próprio ensino da medicina e áreas afins convocam a utilização de dados e informações sanitárias pessoais para a concretização dos objetivos que a cada uma das atividades se propõe. Assim, podem os profissionais envolvidos nestas atividades acessarem as informações necessárias ao seu mister sempre, no entanto, preservando a identidade dos pacientes.

Outra hipótese em que se admite o acesso às informações sanitárias pessoais e, desta feita, com a possibilidade de divulgação da identidade do envolvido é a que se desenrola no âmbito de uma persecução penal. O código penal brasileiro, por exemplo, tipifica criminalmente algumas condutas em que a existência de agentes morbígenos no organismo do acusado é elemento nuclear do crime.

Ora, sendo a condição morbígena elemento nuclear destes crimes, o acesso às informações e registros sanitários do acusado é indispensável para a instrução do processo criminal. Não obstante, tal acesso ainda pode se dar em razão da necessidade de aferição da inimputabilidade do acusado. Em suma, pode o juiz decretar a quebra do sigilo dos registros e informações sanitárias sobre o acusado toda vez que esta medida resultar indispensável para o deslinde de uma investigação ou processo criminal.

Há, ainda, uma hipótese em que se admite a flexibilização do subdireito ao sigilo e à intimidade. Trata-se da situação em que o acesso a estas informações ocorre para efeitos de uso e gestão dos dados por profissionais sanitários. A justificação é tão clara quanto se vê: não podem estes profissionais gerenciar administrativamente todos os estabelecimentos públicos e privados envolvidos direta ou indiretamente na cadeia produtiva dos cuidados de saúde se não acessarem dados gerais e, eventualmente, dados particulares. Assim, se lhes possibilita reunirem as informações que necessitam para realizar suas tarefas sem, no entanto, tal autorização ser extensiva à sua divulgação.

## **5. Subdireito à Participação Popular**

Indivíduos educados e informados constituem também indivíduos participantes. Primeiro porque a saúde configura dimensão complexa e interdependente que faz comunicar desde logo atores sociais oriundos de múltiplos campos. Depois o próprio acesso à informação e à educação pressupõem ter existido, antes, algum nível mínimo de integração e inserção social que tornou possível o gozo destas



duas garantias. Terceiro porque a educação e a informação constituem precondições básicas de uma participação cívica ativa e consciente, como de resto já ficou assentado em momento precedente.

O aspecto da participação popular de que se cuida nesta seção, não descurando destas outras perspectivas em que pode vir a significar-se, parte da ótica da participação como *atividade*, como ação ou efeito de participar, de tomar parte, de compor.

De fato, quando se diz que o princípio democrático informa o conteúdo do direito à proteção da saúde, não descuidando de uma importante perspectiva *econômica, social e cultural*, convoca-se exatamente esta dimensão *política* que assume: ato ou efeito de participar *politicamente* visando determinados objetivos (Canotilho, 2013).

A participação popular é assim, antes de mais, a garantia que encontra a sociedade, seus indivíduos ou seus grupos sociais organizados de tornarem-se parte do complexo processo de realização da proteção da saúde, seja em questões administrativas ou gerenciais, seja em questões políticas ou financeiras, seja, enfim, em questões técnicas ou sociais.

É dentro deste quadro geral que se tem o sentido normativo dos quatro significados jurídicos do subdireito à participação popular e o contexto em que importa considerá-los, tendo nos artigos 198, III, e 64, 4, das Constituições do Brasil e de Portugal, respectivamente, o seu marco regulativo.

Tratando do primeiro destes significados possíveis, portanto, tem-se então de partida a participação em seu sentido de *integração, composição*. A participação como direito à integração/composição designa a possibilidade jurídica conferida às pessoas, sejam elas físicas ou jurídicas, de integrarem órgãos e instituições públicas voltadas à deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento de questões relativas ao domínio da saúde.

No Brasil, as *conferências de saúde, os conselhos de saúde e os fundos de saúde* são exemplos deste tipo de instituições, como o são, em Portugal, as *associações de utentes*. Com efeito, este conjunto de órgãos e instituições voltados ao acompanhamento geral de questões no domínio da saúde constitui o que Sueli Dallari designa por “democracia sanitária” (Dallari, 2005).

Ponto controvertido quanto a este tema é o de saber se o direito à integração se limita somente à possibilidade/exigibilidade de composição de órgãos públicos ou, ao contrário, se admite também a possibilidade/exigibilidade de integração em instituições privadas, respeitadas, é claro, em qualquer uma das hipóteses, as condições ou requisitos de participação.

Sem pretender aprofundar a questão, porém sem dela nos afastar, para nós parece que o subdireito à participação neste seu significado se limita à primeira possibilidade, é dizer, o Estado não pode recusar a participação popular nos órgãos criados especialmente para promover e concretizar esta integração, mas as associações privadas ou particulares à partida o podem, desde que a negativa ou recusa de integração não se tenha dado por motivos discriminatórios.

Se a integração constitui um significado jurídico *formal* do subdireito de/a participação, o direito a *falar e a ser ouvido* e o direito a *influenciar decisões* constituem mais outros dois significados, só que, agora, de caráter eminentemente material. A ideia aqui é tão clara como se vê: se no âmbito de uma persecução penal é condição da formalização do juízo de culpa o exercício prévio, pela parte do acusado, do direito de falar e de ser ouvido e do direito a influenciar a decisão com o conteúdo do que foi dito e escutado, no âmbito da participação democrática se dá o mesmo.

Isto é, de nada vale o mero *estar*, o simples *fazer-se presente* se esta possibilidade formal não vem acompanhada de um complexo jurídico-normativo capaz de fazer com que as deliberações tomadas possuam de fato um caráter plural e consensual. É importante estar presente, é importante poder falar e ser ouvido, é, ao final, importante ter a possibilidade de influenciar o destino da deliberação para que, após respeitadas estas garantias, o consenso obtido espelhe realmente a pluralidade de opiniões.

Por fim, resta ainda um último significado, especialíssimo pela sua própria natureza. Trata-se do direito de *participar como cobaia* em investigações científicas em humanos. Com efeito, não se pode negar às pessoas o direito de poderem receber os primeiros cuidados (leia-se: primeiras tentativas de cura) para uma enfermidade rara ou incurável, ou para uma doença em sentido absoluto, como pontuou-se no primeiro capítulo, em uma investigação científica.

Devidamente obedecidos os trâmites, aspectos e conteúdo necessários à obtenção do consentimento das pessoas cobaias, nada há que impeça a sua participação na investigação. É direito de todos, portanto, respeitadas todas as especificidades da investigação em concreto, e o número de vagas, por óbvio, fazerem-se cobaias no âmbito de pesquisas médicas e científicas (Dallari, 2005).

## **6. Subdireito ao Saneamento Básico**

O saneamento básico, muito embora já constitua objeto de alguma literatura mais sistemática e avançada, ainda consiste num direito em torno do qual muitas questões doutrinárias têm sido suscitadas. De partida levanta a questão de saber se constitui um direito fundamental ou não, já que tanto a Constituição do Brasil quanto a de Portugal foram silentes em relação a reconhecer-lhe uma fundamentalidade formal expressa.

Em segundo lugar, coloca o problema de saber se consiste num direito autônomo ou num direito decorrente, já que possui forte caráter instrumental em relação à concretização de outros direitos fundamentais, como o direito ao meio ambiente saudável e o próprio direito à proteção da saúde, por exemplo. Em terceiro lugar, põe ainda a questão de saber se o bem jurídico por si protegido compreende a água, em seu sentido material, ou se não.

Enfrentando a primeira das questões, questão essa relativa ao problema da fundamentalidade do subdireito ao saneamento básico, duas considerações elementares ajudam a resolver o problema.

Primeiramente, constituindo decorrência de um direito fundamental social, seja ele o direito à proteção da saúde ou o direito a um meio ambiente saudável, não pode o subdireito ao saneamento básico possuir outra condição e natureza jurídica que não esta. Aqui subjaz a ideia segundo a qual o elemento derivado segue a natureza e estatura jurídica da matriz, embora ainda seja uma decorrência.

Depois, ainda que as Constituições não o tivessem reconhecido expressamente, esta natureza jusfundamental não deixaria de existir, quer porque não depende mesmo de uma formalização própria, quer porque constitui um direito humano expressamente reconhecido pela Assembleia Geral da ONU. O saneamento básico é um direito fundamental social, embora, nos termos do que se insinuou desde o princípio, não constitua um direito autônomo senão corolário dos direitos ao meio ambiente saudável e à proteção da saúde (Sarlet, Fensterseifer, 2013).

Conquanto todos os direitos fundamentais se reconduzam à dignidade humana para dela extrair seu fundamento de validade e de existência, sem isto implicar na perda de autonomia e de

objeto próprio destes direitos, para o saneamento básico esta não é uma justificativa apta a reconhecê-lo autônomo. E o motivo é simples: o tratamento constitucional conferido a este subdireito não permite que o consideremos mais do que direito derivado.

A Constituição do Brasil, no restritíssimo tratamento conferido à matéria, considerou o saneamento básico uma das tarefas do subsistema público de saúde, tanto pela participação na elaboração das políticas sociais quanto pela própria execução das ações planejadas (artigo 200, IV, Seção II – Da Saúde; na Constituição portuguesa, artigos 65 e 66 por interpretação).

Por esta razão, e somente por ela, considerou-se o subdireito ao saneamento básico uma decorrência do direito à proteção da saúde com possibilidade de sê-lo, ainda, para o direito ao meio ambiente equilibrado ou para o direito à moradia, opinião compartilhada também por Ingo Sarlet e Tiago Fensterseifer (2013).

Já no que toca ao problema de saber se o direito ao saneamento compreende também a água em seu sentido físico ou se não, fica-se com a segunda hipótese. Isto porque, em nosso entender, a água constitui junto com os gêneros alimentícios um recurso específico compreendido pelo direito fundamental social à alimentação.

Ora, uma coisa é ter direito aos serviços, infraestruturas e instalações necessários ao transporte e compartilhamento da água potável, outra é ter direito à própria água, como recurso natural material essencial à manutenção da vida. O direito ao saneamento básico é instrumental à concretização do direito à alimentação, em razão de se assumir, neste ponto, como um instrumento jurídico garantidor do conjunto de infraestruturas e serviços necessários à concretização do direito à água, do direito de acesso e consumo de água.

Com efeito, esta é uma distinção que se prende mesmo com o próprio conceito de saneamento básico. Vinicius Marques de Carvalho, por exemplo, considera que

*[...] a designação setor de saneamento básico se refere a dois conjuntos de atividades. O primeiro inicia-se pela atividade de adução da água bruta e vai até a entrega da água pronta para o consumo humano. Essa fase inclui as infra-estruturas [sic] de adução, tratamento, transporte, armazenamento, e distribuição de água propriamente dita. [...] O segundo conjunto, chamado de serviço de esgotamento sanitário, inclui as infra-estruturas [sic] de coleta, transporte, tratamento do esgoto e disposição final (Carvalho, 2010: 100-101).*

No Brasil, a Lei nº 11.445/07, também denominada Lei de Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico (LDNSB), dá a sua própria definição. Considera saneamento básico o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de: 1) *abastecimento de água potável* (da captação até as “ligações prediais e respectivos instrumentos de medição”); 2) *esgotamento sanitário* (“coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente”); 3) *limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos* (“coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas”); e 4) *drenagem e manejo das águas pluviais urbanas* (“drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas”) (Brasil, Ministério das Cidades, PLAN SAB, 2014: 28).

Como se pode ver, portanto, tanto a nível doutrinário quanto a nível legal o direito de acesso e consumo de água não está compreendido pelo subdireito ao saneamento básico, senão as estruturas e serviços necessários à sua captação, tratamento e distribuição.

Mas este conceito proposto pela Lei de Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico não é só expressivo porque permite distinguir os objetos por si tutelados dos objetos compreendidos no núcleo de outros direitos; sua relevância se dá também em função de especificar os significados em que este subdireito fundamental se decompõe.

Assim, portanto, junto com a referida lei, considera-se que o subdireito ao saneamento básico compreende um conjunto de estruturas e serviços necessários à realização do abastecimento de água potável, desde a adução até a entrega final; do esgotamento sanitário, desde a coleta até o seu lançamento final no meio ambiente; da limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, desde a coleta até o seu destino final, incluindo-se o lixo doméstico e público; e da drenagem e manejo das águas pluviais urbanas, desde a adução urbana de águas até sua disposição final.

Se este subdireito é total ou parcialmente justiciável, ou se nem se reconhece esta possibilidade é uma questão que por ora não convém aprofundar. Importante frisar somente que, mesmo totalmente dependente do planejamento político e orçamentário do governo, o Estado deve garantir que as pessoas possam exercer de modo mínimo este direito através, por exemplo, da distribuição de água potável acaso inexistente os serviços e infraestruturas necessários a tal atividade; ou através da recolha de esgotos acaso inexistente ou insuficiente a infraestrutura de esgotamento; ou por meio de remanejamentos temporários acaso inexistente a drenagem de águas pluviais, etc.

Em suma, o Estado tem o dever de garantir o exercício deste subdireito através do emprego de meios alternativos na eventualidade de sua insuficiência ou inexistência, e esta parece ser uma dimensão mínima importante passível de justiciabilidade.

## **7. Subdireito ao Planejamento Familiar**

Tal como o saneamento básico, o subdireito ao planejamento familiar também tem suscitado algumas controvérsias importantes. Diferentemente daquele, no entanto, esta controvérsia basicamente tem se restringido em saber se o subdireito ao planejamento familiar compreende em seus significados e conteúdo o direito à sexualidade ou se, ao contrário, este específico direito constitui direito fundamental autônomo com objeto distinto.

De alguma maneira, esta é uma discussão relativamente recente no debate público mundial, embora suas raízes e ideias fundamentais tenham sido lançadas pelos “movimentos feministas de controle de natalidade que se desenvolveram principalmente entre os socialistas ingleses por volta de 1830” (Corrêa, Petchesky, 1996: 151).

A ideia por trás disto está relacionada com a atual distinção conceitual que se faz em relação aos conceitos de sexo, gênero e reprodução. De modo geral, e sem intencionar qualquer tipo de aprofundamento ou revisão do tema, é possível extrair da literatura especializada um quadro comum de significados que, ora mais ora menos divergente, designa por: 1) *sexo*: o complexo de características biossociais e culturais a partir das quais se desenvolvem a afetividade e as relações interpessoais; 2) *gênero*: o complexo de características biológicas e naturais por meio das quais se designa o masculino e o feminino; 3) *reprodução*: o complexo de atos biológicos, culturais e sociais por meio dos quais se tem a procriação ou a não procriação (Ávila, 2003).

É mais ou menos nestes termos em que se percebe a diferença entre o direito à sexualidade e o direito à reprodução, expressão que também tem sido empregada para designar o direito ao planejamento familiar.

Com efeito, o direito à sexualidade constitui um direito fundamental de autonomia que, diferente do direito à reprodução ou planejamento familiar, tem como objeto de tutela a proteção, defesa e promoção de uma identidade sexual livremente formada a partir das características biossociais e culturais particulares de cada indivíduo. Seu campo de desenvolvimento essencial, portanto, é o campo da afetividade e das relações sociais interpessoais, embora, antes, a sexualidade esteja situada no domínio de uma relação que cada qual estabelece consigo mesmo (Ávila, 2003).

O direito à reprodução, ao contrário, embora se comunique com a sexualidade e também constitua um direito de autonomia, possui objeto de tutela completamente distinto, e o campo privilegiado em que se tem o seu desenrolar é o campo da família e das relações interpessoais de cunho familiar.

Enquanto o direito à sexualidade tutela a identidade sexual livremente formada a partir de caracteres biossociais e culturais particulares de cada indivíduo, o direito ao planejamento familiar tutela a procriação, a não procriação, os modos de procriação e a quantidade da prole, por exemplo. Em suma, o direito à sexualidade, tal como é o direito à água para o direito ao saneamento, constitui direito fundamental de liberdade e autonomia que não se confunde em termos de objeto de tutela com o direito ao planejamento familiar.

No plano dogmático, o subdireito ao planejamento familiar, seguindo a linha de investigação que se vem empregando até então, também apresenta alguns significados jurídicos essenciais, isto é, planos ou domínios em que se perspectiva seu conteúdo normativo regulatório (artigos 226, § 7º, e 67, 2, *d* e *e* das Constituições do Brasil e de Portugal, respectivamente).

À partida tem-se o planejamento familiar significando *o direito a escolher-se, de modo livre, a procriação ou a não procriação*, direito que a princípio foi concebido para a emancipação social e política das mulheres, mas que, tão logo, adquiriu outro significado e hoje é de exercício universal (Corrêa, Alves, Januzzi, 2006).

O direito a escolher-se de modo livre a procriação compreende essencialmente o direito conferido a duas pessoas, vivendo ou não em regime de conjugalidade, de optarem pela reprodução e criação de um filho sem a influência de pressões exteriores. É, por isso mesmo, um direito individual que, a exemplo de inúmeros outros, se exercita de modo coletivo, pois pressupõe o diálogo e a concordância de ambos os envolvidos.

O direito a escolher de modo livre a não procriação, ao contrário, é realmente um direito que se realiza individualmente, pois trata-se de uma decisão que somente o indivíduo pode tomar em relação a sua vida. Neste direito de não procriação compreende-se o direito de escolha dos métodos contraceptivos existentes, inclusive o direito à esterilização absoluta, e do momento de utilizá-los.

Outro significado que o assume o planejamento familiar é o que se refere ao *direito de escolha do momento e da quantidade da prole*. Com efeito, a decisão de formar uma família implica na necessidade de reflexão de muitos aspectos pessoais e familiares, entre os quais os aspectos econômicos, etários, sociais e profissionais dos envolvidos.

Por esta razão, o subdireito ao planejamento familiar também garante que as pessoas tenham liberdade suficiente para considerar as suas peculiaridades pessoais e familiares, nomeadamente as implicações econômicas que tal decisão envolve, quando decidirem pela constituição de uma família (Corrêa, Alves, Januzzi, 2006).

O subdireito ao planejamento familiar perspectiva-se, ainda, em último significado. Trata-se do *direito de escolha dos métodos de se reproduzir e dos métodos de partear*. Relativamente à reprodução, este direito confere a possibilidade de se escolher os métodos artificiais, tais como a inseminação artificial, ou o método natural de concepção por relação sexual; relativamente ao método de partear, este direito confere à possibilidade de se escolher entre um parto cirúrgico, envolvendo nesta hipótese recursos médicos e hospitalares, ou um parto normal.

Em resumo, portanto, é possível dizer que o subdireito ao planejamento familiar constitui um grande direito de liberdade, mas direito de liberdade constitutivo de direito social, dadas as escolhas e repercussões que admite.

## **8. Subdireito à Produção de Cuidados de Saúde**

Em um número já não tão recente da *Revista Crítica de Ciências Sociais* consagrado ao tema da *sociedade, medicina e saúde*, Boaventura de Sousa Santos publicava um qualificado estudo analítico em que fixava relevantes premissas teóricas para a análise e caracterização do Estado-Providência, sua ascensão e crise, e as suas implicações nas políticas sociais de saúde que se implementaram entre 1974 e 1987 em Portugal (Santos, 1987).

Entre os diversos e complexos temas que teve de enfrentar durante a construção daquele grande balanço da saúde em Portugal, estudo que permanece atualíssimo senão quanto aos pontos específicos do contexto histórico de então, estava a questão da *articulação dos modos de produção de saúde* vigentes na sociedade portuguesa daquela altura.

A ideia básica do autor em relação a este tema era a de que em Portugal, um Estado-Providência fraco havia implicado, entre outras coisas, no surgimento de uma sociedade-providência forte, uma sociedade que, funcionando sob a lógica das “trocas não mercantis de bens e serviços”, conseguia compensar algumas lacunas deixadas por este Estado-Providência que na verdade nunca se havia chegado a consolidar (Santos, 1995: I).

No campo da saúde, Boaventura observava que esta sociedade-providência forte traduzia-se em uma sólida medicina de cariz popular e artesanal, que funcionava de par com a medicina oficial produzida pelo Estado e pela iniciativa privada e com elas se articulava para locupletar as suas carências estruturais mais evidentes, propiciando ao final algum nível do bem-estar e da proteção que em noutros quadrantes era propiciada pelo próprio ente estadual (Santos, 1995; Santos, 1987).

Coexistiam no contexto português, assim apontou, três modos distintos de produção de cuidados de saúde. Um primeiro, de responsabilidade do Estado. Um segundo, de encargo da iniciativa privada, que não se diferenciava essencialmente do primeiro pelos cuidados em si produzidos, mas, na verdade, pela lógica determinante da sua produção. E um terceiro, de caráter artesanal, típico das trocas existentes na *sociedade-providência* e cujos cuidados produzidos eram sensivelmente distintos dos demais (Santos, 1987).

É neste quadro que entendemos se inserir o subdireito à produção de cuidados de saúde, cujo fundamento retiramos dos artigos 199 da Constituição brasileira e 64, 3, *d* e *e*, da Constituição de Portugal.

Como bem observou Boaventura de Sousa Santos, existe um modo de produção de cuidados que é prestado e financiado pelo Estado, mas que não exclui os cuidados produzidos pela iniciativa privada e nem os cuidados produzidos pela própria sociedade. Não exclui socialmente, e, tampouco juridicamente.

Se, de fato, é verdade que o direito à proteção da saúde é por natureza um direito feito para ser democrático e para democratizar, então ainda é consequência deste princípio fundamentante ter-se o direito à produção de cuidados de saúde: direito de poder produzir cuidados com fins lucrativos no exercício de uma atividade econômica (neste caso pelos profissionais de saúde e organizações empresariais), ou sem fins lucrativos no exercício de uma atividade filantrópica (neste caso pelas ONGs, instituições sociais e pessoas comuns).

Entenda o leitor que, ao mencionar-se um direito de produção de cuidados de saúde sem fins lucrativos por pessoas comuns, tem-se em conta tão somente as práticas, hábitos e conhecimentos dos quais se valem populações e comunidades tradicionais por ocasião da produção do seu bem-estar, e não uma autorização às práticas do exercício ilegal da medicina, do charlatanismo ou do curandeirismo.

Ter direito à produção de cuidados de saúde é o direito que uma parteira tem, por exemplo, de poder permanecer prestando os seus serviços a uma comunidade; é o direito que um agricultor tem de poder permanecer plantando e distribuindo ervas com efeitos medicinais. Ter direito à produção destes cuidados é, enfim, um direito a ter respeitado e protegido seculares conhecimentos tradicionais, e não um direito ou autorização a realização de atividades criminosas.

Em países como o Brasil, em que a estrutura dos serviços públicos é sensivelmente deficitária, uma garantia como esta é fundamental para o alívio das necessidades sanitárias da população.

## **9. Subdireito à Autonomia da Vontade**

O direito à autonomia da vontade na sua tradução mais fidedigna de direito ao autogoverno não é assim tão recente. Como bem se sabe, na transição do Estado Absoluto para o Estado de Direito, e, neste caso, para o Estado de Direito de viés político liberal, a autonomia da vontade afirmou-se uma das primeiras limitações jurídicas da atuação da entidade estadual fundada na semântica dos direitos fundamentais.

Curiosamente, entretanto, só muito recentemente veio a ser afirmado e reconhecido no âmbito da interseção que faz comunicar Direito e Saúde. Em 1974, ante a descoberta de inúmeros escândalos envolvendo a manipulação de seres humanos em pesquisas científicas, o Congresso dos Estados Unidos da América formou uma comissão de trabalho destinada a identificar alguns princípios que deveriam nortear a investigação científica com humanos, e cujo esforço resultou ao final em um documento – o Relatório Belmont – que erigia a autonomia da vontade, a beneficência e a justiça como os três princípios fundantes da Bioética (Piñeiro, 2002).

O sentido atual da autonomia da vontade no campo da Bioética pouco se alterou de lá até então. Permanece constituindo direito à autodeterminação, direito ao autogoverno, direito à decisão livre de constrangimentos (artigos 5º, *caput* e II, e 21, 1, das Constituições do Brasil e de Portugal respectivamente).

Acresce-lhe agora, entretanto, como já foi visto, a necessidade de um processo informativo prévio em vista de dotar à pessoa das condições e conhecimentos necessários à realização das suas deliberações (Clotet, 1995).

Entendemos, então, seguindo esta linha, que o primeiro dos significados do direito à autonomia na saúde que deva ser mencionado seja, precisamente, *o de aceitar e o de rejeitar medidas terapêuticas*. Com efeito, o direito à informação sobre riscos e procedimentos clínicos não resulta importante somente pelo valor intrínseco que materializa, mas, sobretudo, por também veicular a possibilidade de uma deliberação consciente e esclarecida (Cocconi, 1998).

Isto significa, portanto, que todas as pessoas têm o direito de decidir por aceitar todas as medidas terapêuticas sugeridas para a solução ou alívio do seu caso, de aceitar somente algumas e rejeitar outras, ou de rejeitar todas as que lhe forem propostas (Ribeiro, 2006).

Não pretendemos com esta afirmação legalizar ou autorizar o suicídio com suporte no direito, se é que o direito tem qualquer palavra sobre o tema. Simplesmente reconhecer a possibilidade de negação de toda e qualquer medida terapêutica implica no respeito, anterior, pela inescapável condição de sujeito digno e responsável com a qual todos os seres humanos são dotados (Ribeiro, 2006).

Mas este não é o único significado que pode assumir. Se é possível que as pessoas aceitem algumas medidas terapêuticas e rejeitem outras, então o direito à autonomia também significa *direito à escolha de tratamentos*.

Esta possibilidade no âmbito do setor privado não convoca uma grande problemática, já que o sujeito escolhe e custeia a prestação que lhe resulta mais benéfica. O problema está justamente no exercício dessa no setor público, onde convivem lado a lado tanto imperativos de eficácia dos tratamentos adotados quanto de redução e racionalização dos gastos dos recursos públicos.

Sem aprofundar a questão, nos parece que esta possibilidade deve ser perfeitamente assegurada desde que as escolhas adotadas não resultem em uma elevação de gastos. Isto é, a não ser que a indicação de uma medida terapêutica mais custosa se dê por estritas razões médicas, não têm os usuários o direito de escolher no âmbito dos serviços públicos de saúde o tratamento que melhor ou mais lhes apeteçam sem ter em conta os gastos envolvidos.

Há, ainda, um último significado que, em tempos de escassez de solidariedade, sobreleva referenciar. *Trata-se do direito à doação de sangue, órgãos e tecidos*. Com efeito, o direito à autonomia da vontade, como de resto já se sabe, também significa ter-se o direito de dispor do próprio corpo segundo a vontade do seu titular, e, neste caso, sendo para a prática do bem, a possibilidade encontra-se mais do que assegurada.

## **Conclusão**

Essa construção-determinação do âmbito normativo do direito à proteção da saúde (ou âmbito de proteção, como prefere parte da doutrina) induz algumas conclusões importantes acerca da eficácia, aplicabilidade e justiciabilidade deste direito.

Retomando nossa hipótese de partida, dissemos que uma das principais peculiaridades do direito fundamental à proteção da saúde, senão talvez a principal, reside no fato de que, não se esgotando somente em um direito ao recebimento de prestações materiais, esmiuça-se e detalha-se este direito em distintos outros subdireitos indispensáveis à satisfação total das funções de defesa, proteção ou promoção de si esperadas.

Posto isto, conforme as peculiaridades da situação prática em que invocado, e as características próprias do subdireito (ou direito derivado) em que perspectivado, o direito à proteção da saúde tanto poderá ser classificado como uma norma de eficácia plena, ilimitada e aplicabilidade direta e imediata, como não.



Quer isto dizer que se torna de todo sem efeito uma abordagem que intenciona precisar com pretensão de definitividade a eficácia e aplicabilidade do direito à proteção da saúde considerado em sua globalidade. Nos parece que uma proposta tecnicamente adequada deve determinar a eficácia e a aplicabilidade do direito à proteção da saúde conforme as situações prático-problemáticas em que é convocado a regular e conforme os subdireitos em que se perspectiva para resolução destas anteriores questões.

Tal conclusão também se aplica à problemática da justiciabilidade ou não do direito à proteção da saúde.

Com efeito, temos por certo, com Alexy (2008), que o reconhecimento da proteção da saúde como um direito subjetivo integral, aí se incluindo obviamente todos os subdireitos em que se discrimina, não precipita o igual reconhecimento da sua integral justiciabilidade. É, e permanece sendo perfeitamente possível ter-se a existência e a consagração de direitos subjetivos sem haver uma necessária correspondência com a garantia de justiciabilidade.

Retomando esta conclusão e desenvolvendo-a na linha do raciocínio anterior relativamente à eficácia e aplicabilidade, tem-se que a determinação de uma justiciabilidade global do direito à proteção da saúde é igualmente equivocada e impossível, pois nem todos os subdireitos previstos em seu âmbito normativo estão cobertos por esta garantia – o direito à organização de um subsistema público de saúde é exemplo disto.

Isto quer dizer que alguns subdireitos, como o subdireito à informação sobre o próprio estado de saúde, ou o subdireito a receber as prestações materiais de saúde previstas em lei ou regularmente concedidas, são justiciáveis, são exigíveis mediante uma demanda judicial concreta dirigida ao Poder Judiciário, e outros subdireitos, nomeadamente os subdireitos a prestações normativas ou a criação de estruturas, não.

Em suma, a eficácia, aplicabilidade e justiciabilidade do direito à proteção da saúde devem ser aferidas à luz do exame concreto de cada subdireito no qual o seu conteúdo ou as suas intenções normativas podem perspectivar-se.

## Bibliografia

### Convencionais

- ALEXY, R. (2008). *Teoria dos direitos fundamentais* (Trad. De AFONSO DA SILVA, V.). São Paulo. Malheiros Editores.
- BARBOSA, A. (1987). “Educação para a saúde: determinação individual ou social?”, em *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, nº 23.
- CANOTILHO, J. J. G (2013). *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra. Almedina.
- CARVALHO, V. M. de (2010). *O direito do Saneamento Básico*. vol. 1. São Paulo. Quartier Latin.
- CLOTET, J. (1995). “O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade”, em *Revista Bioética*, Brasília, v. 3, nº 1.
- COCCONI, M. (1998). *Il Diritto alla Tutela della Salute*. Padova. Cedam.
- CORRÊA, S., ALVES, J. E. D. y JANNUZZI, P. de M. (2006). “Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores”, em CAVENAGHI, S. (org.). *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Abep.
- DANTAS, E. (2011). “When consent is not enough: the construction and development of the modern concept of autonomy”, em *Lex Medicinæ*, Coimbra, ano 8, nº 15 .
- ESTORNINHO, M. J. y MACIERINHA, T. (2014). *Direito da Saúde*. Lisboa. Universidade Católica.
- GÁVIN, J. P. (2001). “Las prestaciones sanitarias publicas: configuracion actual y perspectivas de futuro”, em *Revista de Administración Pública*, Madrid, nº 156.
- LEÓN, C. G. (2009). “La protección del paciente y el consentimiento informado”, em *Lex Medicinæ*, Coimbra, ano 6, nº 12.
- LIBERAL, J. P. G. V. R. (2005) *Direito Fundamental à Protecção da Saúde*. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra. Coimbra.
- PIÑEIRO, W. E. (2002). “O princípio bioético da autonomia e sua repercussão e limites jurídicos”, em HOFMEISTER, W. (ed.). *Cadernos Adenauer III*. Rio de Janeiro. Fundação Konrad Adenauer.
- SANTOS, B. de S. (1987). “O Estado, a sociedade e as políticas de sociais. O caso das políticas de saúde”, em *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, nº 23.
- SANTOS, B. de S. (1995). “Sociedade-Providência ou autoritarismo social?”, em *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, nº 42.
- SARLET, I. W. y FENSTERSEIFER, T. (2013). “Direito constitucional ambiental. Constituição, direitos fundamentais e proteção do ambiente”, em rev. atual. amp. São Paulo: *Revista dos Tribunais*.
- SILVA, J. A. da (2005). *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo. Malheiros.

### Eletrônicas

ÁVILA, M. B. (2015). "Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde", en *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 19 (Sup. 2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRASIL, Ministério das Cidades (2014). *Plano nacional de saneamento básico*. Brasília. Ministério das Cidades Disponível em: <[www.cidades.gov.br](http://www.cidades.gov.br)>. Acesso em: 2 fev. 2015.

CORRÊA, S. y PETCHESKY, R. (1996). "Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista", en *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 1 e 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/08.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

DALLARI, S. G. (2005). A participação popular e o direito à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro, en *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, vol. 6, n. 1-2-3. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80811>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

RIBEIRO, D. C. (2006). Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 22, nº 8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/24.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.