

PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – RESULTADOS: O DIREITO SOCIAL À SAÚDE COMO EFETIVIDADE DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA EM FACE DA JUDICIALIZAÇÃO

*Viviane Bastos Machado**

Coordenadora do Projeto de Iniciação Científica, Mestre e doutoranda, especialista em direito constitucional aplicado, Direito Civil e Processo Civil, Gestão e Educação, Ensino a Distância – PIGEAD, professora de Direito Constitucional, Direitos Humanos e Fundamentais, Direitos Humanos e Propriedade Intelectual, advogada.

*Bianca Medeiros Vargas Cerqueira**

Bacharelado do curso de Direito da Universidade Iguazu, bolsista do Projeto de Iniciação Científica Unig – Campus V

*Leandro Silva Costa**

Mestre em direito, coordenador do curso de Direito da Universidade Iguazu – Campus V, professor Auxiliar do Projeto de Iniciação Científica.

Resumo

O trabalho apresentado objetivou analisar a construção do direito social à saúde, a partir de elementos qualitativos e quantitativos sobre a realidade do sistema no município de Itaperuna, através do projeto de iniciação científica aprovado pela Universidade Iguazu, Campus V e por ela fomentado. A pesquisa foi feita inicialmente com a formação de diversos doutrinadores da área de direito constitucional, direito administrativo que viabilizaram sua base teórica e, a partir, de pesquisa de campo viabilizando o diagnóstico da influência que o sistema de saúde no município atravessa não só por atender pessoas de outros municípios, mas especialmente por conta da realidade das ações judiciais que se fazem cada vez mais presentes.

Palavras-chave: dignidade; judicialização; direito à saúde.

Abstract

The present work aimed to analyze the construction of the social right to health, based on qualitative and quantitative elements on the reality of the system in the municipality of Itaperuna, through the project of scientific initiation approved by the University Iguazu, Campus V and fomented by it. The research was done initially with the formation of several jurists in the area of constitutional law, administrative law that enabled its theoretical basis and, starting from field research, making possible the diagnosis of the influence that the health system in the municipality crosses not only to attend people from other municipalities, but especially because of the reality of the lawsuits that are becoming more and more present.

Keywords: dignity; judicialization; right to health.

1. Considerações Iniciais

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 trouxe uma redemocratização para o Estado brasileiro, trazendo consigo, como direito social fundamental, o direito à saúde. Esta trouxe, também, como fundamento o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, previsto no artigo 1º, III. Além disso, o artigo 196 como será tratado, trouxe a saúde como um dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas

sociais e econômicas, havendo a previsão, também na Constituição Federal, do Sistema Único de Saúde que fora, posteriormente, regulado por lei própria.

Este direito à saúde, como direito fundamental, deve ser efetivado pelo Estado, porém, o mesmo não o faz de forma que satisfaça toda a sociedade. Assim, gera um conflito entre o indivíduo e o Estado, ocasionando o fenômeno da judicialização na saúde. Primeiro, busca um amparo legal para atender a urgência de seu pedido para conseguir efetivá-lo, já em segundo plano, ao mesmo tempo que tem o dever de atender o interesse da coletividade, lhe proporcionando a implementação de uma saúde digna, o suprime, tendo em vista o seu limitado planejamento financeiro para a saúde, que deveria atender à toda população.

Com isso, o projeto de iniciação científica, buscou salientar elementos essenciais desta relação, como as causas e as consequências da judicialização juntamente com apresentação de dados para melhor entender a dimensão da problemática identificada na pesquisa que neste momento se sedimenta em seus resultados.

Discussão:

2. Fundamentação na Constituição quanto ao direito social a saúde e o SUS

A Constituição Federal de 1988, também chamada de “Constituição Cidadã”, é considerada uma das mais democráticas e evoluídas do mundo, no que diz respeito a direitos e garantias individuais do cidadão. O deputado Ulysses Guimarães a denominou como “cidadã”, fazendo referência ao fato de que houve intensa participação popular na elaboração do texto. Antes de sua promulgação, houve um período de privações e de violações, assim, ela trouxe de volta direitos fundamentais e acrescentou direitos nunca antes previstos.

O preâmbulo é uma carta de apresentação, uma introdução, que de forma sucinta e objetiva, delinea caminhos e ideais do Estado, demonstrando a importância dos direitos sociais:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução

pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (CRFB, 1988)

Posteriormente, no artigo 1º encontram-se os fundamentos da República Federativa do Brasil (1988), como o pilar do princípio da Dignidade da Pessoa Humana, imprimindo sentido para a carta constitucional e servindo como interpretação para suas normas. Segundo Carlos Roberto Siqueira Castro (2006, p.174), os direitos, liberdades e garantias pessoais e os direitos econômicos, sociais e culturais comuns a todas as pessoas têm a sua fonte ética na dignidade da pessoa humana.

Ingo Wolfgang Sarlet bem define a dignidade da pessoa humana:

Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos. (SARLETE, 2001, p.60)

Em seu Capítulo II, a Constituição Federal (1988) trata dos direitos sociais, desta forma, ocorre o realce destes direitos em seu texto por conta de sua importância. Está estabelecido, no artigo 6º, como direitos sociais, “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A Sessão II trata da saúde, localizada no Capítulo II (da seguridade social), estabelece em seu artigo 196 que, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Dentre os direitos sociais, o direito à saúde tem uma evidente importância. Este bem jurídico está intrinsecamente ligado ao direito à vida, demonstrando, assim, a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana. Sendo considerado um direito social

fundamental, o direito à saúde recebe proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional brasileira.

Como se vê no artigo 196, o Estado tem o dever de formular prestações positivas, políticas públicas sociais e econômicas com a finalidade de promover, proteger e recuperar a saúde.

O artigo 24, XII, da CRFB (1988), estabelece que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal, legislar concorrentemente sobre a proteção e a promoção da saúde. O parágrafo primeiro deste mesmo artigo diz que a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais e o parágrafo segundo estabelece que esta não excluirá a competência suplementar dos Estados. Já de acordo com o artigo 30, I e II, da Constituição Federal, cabe aos Municípios legislar sobre assuntos de interesse local, e suplementar a legislação federal e a estadual no que couber. No que tange à possibilidade de formular e executar políticas públicas de saúde, o artigo 23 estabelece que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Constituição Federal (1988), no que diz respeito ao direito à saúde, trata em seus artigos 198 a 200 da dimensão organizatória e procedimental, atribuindo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a coordenação e a execução das políticas para proteção e a defesa da saúde no Brasil. Previu, ainda, a criação deste sistema para garantir o direito à saúde, estabelecendo também suas diretrizes.

Desta forma, houve a criação da Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde ou Lei do SUS, que trata da forma de organização e de funcionamento do SUS.

As diretrizes do SUS estão previstas no artigo 198, incisos I, II e III, da Constituição Federal (1988) e são elas: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. A participação da comunidade na gestão do SUS é prevista na Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A saúde é um direito de todos, como prevê o artigo 196 da Constituição Federal, assim, todo cidadão tem direito a ter acesso ao SUS. O artigo 199, §1º, estabelece que as instituições privadas poderão participar de forma a complementar o Sistema Único de Saúde.

Já a Lei n. 8.080/90 estabelece, além de sua forma de organização, os objetivos, as atribuições, os princípios e diretrizes do SUS. Entre as suas principais atribuições está a

“formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (art. 6º, VI).

Tendo em vista o que foi citado, o direito sanitário é composto não apenas pela Constituição Federal de 1988, mas também por leis específicas pertinentes à saúde, portarias e protocolos do SUS.

3. Elementos causadores do instituto da “judicialização da saúde”

Luís Roberto Barroso, ministro do STF, traz uma definição para a judicialização:

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. (BARROSO, 2018, p.3)

A judicialização na política, segundo o cientista político estadunidense Chester Neal Tate (1995), "é o fenômeno que significa o deslocamento do polo de decisão de certas questões que tradicionalmente cabiam aos poderes Legislativo e Executivo para o âmbito do Judiciário".

Desta forma, analisando antes conceitos, especificamente no contexto discutido no presente trabalho, pode-se dizer que judicialização tem dado poder a juízes (Poder Judiciário) para decidir e aplicar políticas que deveriam estar sendo implementadas pelo Poder Executivo e Poder Legislativo.

Por razão das diversas causas, algumas aqui demonstradas, o Estado não consegue fazer com que o indivíduo tenha o pleno acesso à saúde, fazendo com que este último recorra ao Poder Judiciário, para efetivar seus direitos e, desta forma, através de decisão judicial, usufruir de tratamentos, medicamentos, cirurgias, internações, disponibilização de leitos em UTI, entre outros.

Luís Roberto Barroso (2018, 3-4) elenca três grandes causas para a judicialização. A primeira diz respeito ao processo de redemocratização vivido pelo Brasil através da

Constituição Federal de 1988, que fortaleceu e expandiu o Poder Judiciário, bem como aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira. A segunda causa é a constitucionalização abrangente, isto porque a Constituição Federal tratou de matérias que antes eram deixadas para a legislação ordinária. Luís Roberto Barroso ainda diz que constitucionalizar uma matéria significa transformar Política em Direito, desta forma, a matéria que fora constitucionalizada pode ser formulada sob a forma de ação judicial. A terceira e última causa elencada por ele é o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade.

De acordo com um estudo que abrangeu as principais causas e consequências da Judicialização da Saúde, autores afirmam que:

Estas envolvem diversas dificuldades, que pleiteiam vários princípios e valores constitucionais, como dignidade da pessoa humana (trazendo o conceito do mínimo existencial), isonomia (cidadãos que entram na justiça são mais beneficiados que os que apenas se submetem ao SUS), princípio da equidade (as políticas públicas partem de um ideal de justiça distributiva, cuja finalidade é assegurar um tratamento igual aos cidadãos iguais e desigual aos desiguais), separação dos poderes (judiciário atuando em questões públicas), seguem o princípio federativo (responsabilidade de cada ente federado), universalidade e integralidade e culminam no princípio da reserva do possível (de modo a assegurar que as demandas judiciais individuais ou coletivas não comprometam a política pública de saúde existente (BRASIL, 1990; VALLE; CAMARGO, 2010; PEREIRA, 2012).

Serão também, citados abaixo, de acordo com o relatório da auditoria operacional que consolida Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) relativa à judicialização da saúde no Brasil, orientada pela Secretaria de Controle Externo (SecexSaúde), as causas para este fenômeno:

Identificaram-se cinco causas centrais para este achado. Em primeiro lugar, novas tecnologias farmacêuticas e novos tratamentos médicos têm surgido no mercado em uma velocidade maior do que o sistema público de saúde brasileiro pode acompanhar. Em segundo lugar, com a revolução na tecnologia da informação (*internet*), intensificou-se a difusão do conhecimento sobre essas inovações farmacêuticas e médicas, mesmo em países em que elas não estão disponíveis, tornando-se comuns as ações judiciais voltadas à importação de medicamentos ou à realização de tratamentos no exterior. Em terceiro lugar, as condições de oportunidade do litigante (alta taxa de sucesso e facilidade de acesso ao judiciário) propiciam um aumento no número de ações judiciais relativas à saúde. Em quarto lugar, há casos em que a prescrição médica diz respeito a medicamentos ou procedimentos que não foram registrados pela Anvisa. Em quinto lugar, há

indícios da existência de redes de relacionamento entre indústria farmacêutica, associações de pacientes, advogados e médicos, propiciando a massificação da judicialização da saúde. (TCU, 2018)

Assim sendo, podem ser citados também como fatores para a judicialização da saúde: a falta de subsídios dos indivíduos; a crise econômica; envelhecimento da população; redução no orçamento da saúde; falta de incorporação pelo SUS, de medicamentos e tratamentos mais modernos, como supracitado; atrasos e problemas de logística; e, a demora no processo de inclusão de medicamentos e insumos.

4. O relevante debate entre: mínimo existencial e reserva do possível

A judicialização é uma forma de acessar serviços públicos de saúde, mas quando é utilizada de forma indevida gera efeitos orçamentários capazes de afetar a execução das políticas públicas de saúde.

Em síntese, há um claro conflito, pois de um lado há uma pessoa que precisa receber aquilo que fora pedido na demanda e, em contrapartida, do outro lado há o Estado, que vê o seu planejamento financeiro para a saúde não sair como o esperado.

O direito social a saúde, assim como qualquer um dos direitos elencados no rol dos direitos sociais abordados pela Constituição Federal, são garantidos aos indivíduos e devem ser efetivados, porém, esta efetivação esbarra no limite financeiro do Estado.

O Estado utiliza como defesa em demandas movidas contra ele, a teoria da “Reserva do Possível” onde a efetividade dos direitos fundamentais, em especial os sociais, estaria condicionada às possibilidades financeiras dos cofres públicos. Porém, no que diz respeito ao chamado “Mínimo Existencial” a teoria da reserva do possível não pode ser aplicada.

O Mínimo Existencial é considerado a base e o alicerce da vida humana. Este vai garantir condições dignas de existência humana, e se refere ao direito positivo, pois o Estado deve oferecer condições para uma plena eficácia na aplicação destes direitos. Entre os direitos considerados pertencentes ao Mínimo Existencial encontra-se o direito social, previsto na CRFB.

Trazendo uma síntese do que fora anteriormente abordado, Maurilio Casas Maia (2013, p. 285) apresenta seu posicionamento, explicando que:

Dessa maneira, é possível se falar em reserva do possível como um fenômeno decorrente da finitude dos recursos financeiros estatais frente às múltiplas necessidades dos cidadãos. Nessa senda, as limitações decorrentes da teoria da reserva do possível podem derivar de fator econômico (escassez de recursos financeiros) ou jurídico (inexistência de autorização orçamentária para despesa). Entretanto, a teoria da reserva do possível não pode alcançar negativamente o mínimo existencial humano. Destarte, o Poder Público é compelido a implementar os direitos sociais (tais como a saúde), a partir de um patamar mínimo assegurador de dignidade humana, isso porque a reserva do possível não configura carta de alforria para o administrador, já que é impensável que possa legitimar ou justificar a omissão estatal capaz de matar o cidadão de fome ou por negação de apoio médico-hospitalar. Assim, a reserva do possível não poderá ser invocada como lastro para a ofensa do mínimo existencial devido à dignidade humana. (MAIA, 2013, p.285)

Desta feita, o debate entre dos elementos de constante relação se faz por meio de um sistema como, a condição de proporcionalidade e razoabilidade em sua presente aplicação.

5. O perfil da judicialização no Brasil e seus números

A seguir, serão abordados dados e conclusões a partir do estudo organizado por Alicia Ely Yamin e Siri Gloppen, publicado em 2011, compara as experiências da Argentina, do Brasil, da Colômbia, da Costa Rica, da Índia e da África do Sul, considerados como de renda baixa ou média e de significativa litigância judicial do direito à saúde, que declara:

o Brasil está inserido em um contexto latino-americano intensificação da judicialização da saúde nas últimas décadas, apresentando características semelhantes aos países vizinhos: alta litigância individual (especialmente por medicamentos) e muitos obstáculos no cumprimento de eventuais decisões relacionadas a mudanças estruturais no sistema sanitário. (YAMIN; GLOPPEN, 2011)

Na década de 1990, a judicialização da saúde no Brasil referia-se basicamente a medicamentos para tratamento de HIV/Aids, cuja política já existia desde 1985 (WANG, 2009, p.59-60). Porém, é importante lembrar que a demanda judicial contribuiu para que estes medicamentos fossem incorporados ao SUS.

Com o tempo, ainda de acordo com o estudo citado, as demandas passaram incluir pedidos diversos como: outros medicamentos, insumos, cirurgias, uso off-label de medicamentos, vagas em leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), entre outros.

Assim, os processos judiciais chegaram em instâncias superiores e, em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou uma audiência pública, ouvindo especialistas no assunto e colhendo subsídios, para então definir sua jurisprudência no que diz respeito a este tema.

Após este fato, chamou-se atenção para este problema, desta forma, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tomou várias providências como: aprovar a Recomendação 31, de 30 de março de 2010, que recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde; instituir o Fórum Nacional do Judiciário (o Fórum da Saúde) para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (Resolução CNJ 107, de 6 de abril de 2010); instituir um sistema eletrônico de acompanhamento das ações judiciais que envolvem a assistência à saúde; a realização das Jornadas de Direito da Saúde, que debatem os principais problemas relacionados à judicialização, apresentando enunciados interpretativos sobre este direito social.

Sendo essencial citar também que, em 28 de abril de 2011, o Congresso Nacional aprovou a Lei 12.401, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Desta forma, a referida audiência pública trouxe contribuições para a temática trabalhada no artigo.

Para corroborar este estudo é de suma importância a observância de dados do sistema de justiça.

O estudo citado acima apontou que a judicialização da saúde nos países latino-americanos é predominantemente individual, se referindo ao fornecimento de medicamentos e apresenta altas taxas de sucesso.

Em 2015, o CNJ publicou pesquisa realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), referente a processos de saúde pública e de saúde suplementar, julgados em 2011 e 2012 pelos Tribunais de Justiça dos estados de Acre, do Mato Grosso do Sul, de Minas Gerais, do Paraná, do Rio Grande do Norte e de São Paulo. Apesar das diferenças entre os perfis e características dos processos analisados de saúde pública e de saúde suplementar nos tribunais citados, foi possível observar as seguintes características em comum:

- I. As demandas apresentadas versam de forma predominante sobre aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.);
- II. Há predominância da litigação individual;
- III. A taxa de sucesso é alta, com antecipação de tutela sem pedido de informações complementares, confirmada posteriormente;

- IV. Pouca menção à Audiência Pública realizada pelo STF em 2009, às contribuições do CNJ sobre o tema (especialmente as Recomendações n. 31 e n. 36), ao Fórum Nacional e aos comitês estaduais;
- V. A maioria das decisões não menciona os núcleos de apoio técnico (NAT) como estratégia para esse tipo de demanda judicial, embora haja uma tendência de sua utilização, especialmente nas capitais.

O relatório da auditoria operacional que consolida Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) relativa à judicialização da saúde no Brasil, orientada pela Secretaria de Controle Externo (SecexSaúde), procedeu a uma pesquisa de dados no sistema de justiça afim de traçar um perfil desta judicialização no Brasil. Foi solicitado aos Tribunais Regionais Federais (TRF) e aos Tribunais de Justiça (TJ) dados referentes aos processos de saúde autuados entre 2013 e 2015. A seguir, serão observados, através de tabelas retiradas do relatório citado acima, estes dados coletados sob as seguintes perspectivas: evolução do número de processos, assunto processual, classe processual e representação do autor da ação.

Tabela 1 – Quantidade de processos distribuídos nos tribunais selecionados para análise, por ano

	Tribunal	2013	2014	Total
Justiça Estadual	TJSP	20.740	24.347	45.087
	TJRS	12.544	16.578	29.122
	TJMG	10.483	14.620	25.103
	TJSC	6.047	11.535	17.582
	TJPR	2.218	3.464	5.682
	TJRJ	3.883	1.743	5.626
	TJMT	1.727	3.527	5.254
	TJDFT	825	1.737	2.562
	TJAP	20	70	90
	Total	58.487	77.621	136.108
Justiça Federal	TRF-1 ^a	4.818	7.156	11.974
	TRF-4 ^a	983	2.451	3.434
	TRF-5 ^a	646	629	1.275
	TRF-3 ^a	448	561	1.009

TRF-2ª	409	255	664
Total	7.304	11.052	18.356

Fonte: Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais.

É importante esclarecer quanto a jurisdição de cada tribunal, que os Tribunais de Justiça considerados acima têm jurisdição apenas nos territórios dos estados onde se localizam e do DF, enquanto os Tribunais Regionais Federais têm, juntos, jurisdição sobre todo o território nacional.

Fazendo um comparativo ente os Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais, pode-se presumir que a judicialização é mais abundante na esfera estadual do que na esfera federal.

Será observada agora a distribuição dos processos por assunto nos Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais:

Tabela 2 – Distribuição dos processos estaduais em 2013 e 2014, por assunto e tribunal

Assunto	TJAP	TJDFT	TJMG	TJMT	TJPR	TJRJ	TJRS	TJSC	TJSP
Saúde	55%	8%	6,6%	9,95%	1,86%	28,7%	7%	1%	5,3%
Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos	-	-	0,5%	15,41%	0,07%	-	91%	20%	33,3%
Tratamento médico-hospitalar	13%	46%	9,2%	53,49%	14,06%	20,9%	-	5%	10,1%
Fornecimento de medicamentos	9%	14%	66,8%	8,47%	83,71%	40,8%	-	74%	48%
Outros assuntos	23%	32%	16,9%	12,68%	0,3%	9,6%	2%	0%	3,3%

Fonte: Tribunais de Justiça.

Nos Tribunais de Justiça consultados, grande parte da demanda judicial relativa à saúde pública concentrou-se em fornecimento de medicamentos e tratamento médico-hospitalar.

A justiça federal assume alguns contornos específicos e inclui assuntos conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 3 – Distribuição dos processos por Tribunal Regional Federal e por assunto

Assunto	TRF-1ª	TRF-2ª	TRF-3ª	TRF-4ª	TRF-5ª
---------	--------	--------	--------	--------	--------

Saúde	6%	10,95%	2%	3%	1%
Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos	-	-	-	-	79%
Tratamento médico-hospitalar	88%	-	18%	8%	-
Fornecimento de medicamentos	-	-	32%	82%	10%
Convênio médico com o SUS	0%	13,48%	6%	1%	1%
Ressarcimento ao SUS	5%	73,43%	36%	2%	5%
Outros assuntos	1%	2,14%	6%	4%	4%

Fonte: Tribunais Regionais Federais.

É possível observar na tabela acima que o TRF-2ª região se diferencia dos demais, pois os processos distribuídos nele dizem respeito à ressarcimento ao SUS. No restante dos Tribunais, a maioria dos processos se trata de tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos.

As duas tabelas a seguir apresentam os percentuais de cada classe processual, nas planilhas apresentadas pelos tribunais estaduais e pelos federais:

Tabela 4 – Distribuição dos processos estaduais por classe processual em 2013 e 2014

Classe processual	TJDFT	TJMG	TJMT	TJPR	TJRJ	TJRS	TJSC	TJSP
Procedimento ordinário (comum)	96,53%	25,77%	57,4%	15%	62%	94,9%	45,81%	43%
Procedimento do juizado especial (cível e fazenda pública)	-	29,72%	0%	17%	3%	0,7%	8,76%	21%
Ação civil pública	0,03%	14,44%	22,9%	54%	4%	2,4%	16,25%	5%
Carta precatória	-	0,18%	1,1%	4%	-	-	27,93%	3%
Mandado de segurança	0,40%	6,21%	1,1%	4%	2%	0,0%	0,32%	26%
Procedimento sumário	0,07%	0,42%	7%	1%	18%	-	0,02%	1%
Outras	2,97%	23,26%	10,5%	5%	11%	2%	0,91%	1%

Fonte: Tribunais de Justiça.

Tabela 5 – Distribuição dos processos federais por classe processual em 2013 e 2014

Classe processual	TRF-1ª	TRF-2ª	TRF-3ª	TRF-4ª	TRF-5ª
Procedimento ordinário (comum)	27%	35%	42%	22%	2%
Procedimento do juizado especial (cível e fazenda pública)	14%	3%	18%	25%	67%
Ação civil pública	4%	2%	2%	3%	3%
Agravo de instrumento	23%	13%	15%	2%	-
Apelação, reexame necessário e recurso inominado	13%	15%	9%	34%	2%
Execução fiscal	3%	22%	-	-	5%
Mandado de segurança	3%	1%	2%	0%	3%

Outras | 13% | 9% | 12% | 14% | 18%

Fonte: Tribunais Regionais Federais.

Através destes gráficos, é possível observar uma predominância do procedimento ordinário comum, seguido pelo procedimento do juizado especial cível e da fazenda pública, os dois possuem limites relacionados ao valor da causa e quanto ao pedido, em ambos são formulados pedidos individuais (confirmando a característica de litigância individual).

Enfim, a análise, na tabela abaixo, da representação processual permite avaliar quais instituições mais promovem processos quanto à saúde no Brasil:

Tabela 6 – Processos por tribunal e por representação processual

Tribunal	Grau	1 (Adv.)	2 (DP)	3 (MP)	4 (Ind.)	5 (Outros)	6 (Proc.)
TJDFT	1º grau	9,24%	90,60%	0,13%	-	-	0,03%
	2º grau	23%	71%	-	1%	-	5%
TJMT	2º grau	45,1%	44%	9%	1,6%	0,3%	-
TJPR	1º grau	-	-	54%	-	46%	-
TJRJ	1º grau	23%	70%	1%	-	-	6%
	2º grau	41,6%	18,5%	0,1%	-	39,8%	-
TJRS	1º grau	29%	67%	3%	1%	-	-
TJSC	1º grau	49,0%	6,1%	44,8%	-	-	0,1%
TJSP	1º e 2º graus	68,57%	10,9%	0,86%	13,26%	6,36%	0,06%
TRF-1ª	1º e 2º graus	42%	26%	10%	3%	19%	-
TRF-2ª	1º e 2º graus	71,2%	2,7%	-	0,1%	26%	-
TRF-3ª	1º e 2º graus	70%	1%	4%	23%	2%	-
TRF-4ª	1º e 2º graus	57,3%	38,7%	3,9%	-	0,1%	-
TRF-5ª	1º e 2º graus	19%	63%	-	9%	-	9%

Fonte: Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais.

Legenda: 1: Advogado; 2: Defensoria Pública; 3: Ministério Público; 4: Informação Indisponível; 5: Outros; 6: Procuradoria Federal, Estadual, Municipal ou Distrital.

A partir da análise acima, é possível dizer que a advocacia privada e a Defensoria Pública têm pesos equivalentes no aumento do fenômeno da judicialização da saúde,

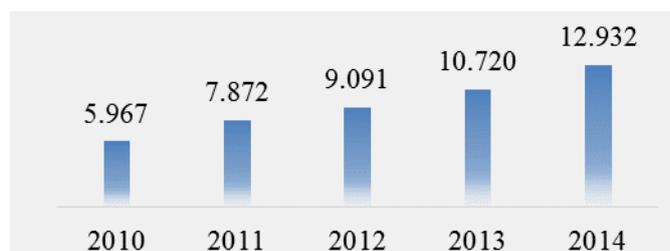
considerados os tribunais que forneceram dados.

Sendo assim, o relatório da auditoria operacional que consolida Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) relativa à judicialização da saúde no Brasil, orientada pela Secretaria de Controle Externo (SecexSaúde), conclui:

Em síntese, conclui-se que há, nos últimos anos, uma tendência de aumento gradual do número de processos individuais relativos à saúde pública no Brasil, majoritariamente na justiça estadual, com foco em fornecimento de medicamentos e tratamento médico-hospitalar, mediante forte atuação da advocacia privada e da Defensoria Pública, a depender do estado. (TCU, 2018)

Por fim, os dados da União também são essenciais por seu significativo aumento nos últimos anos, portanto, serão vistos abaixo.

Gráfico 1 – Quantidade de processos judiciais recebidos pelo Ministério da Saúde de 2010 a 2014

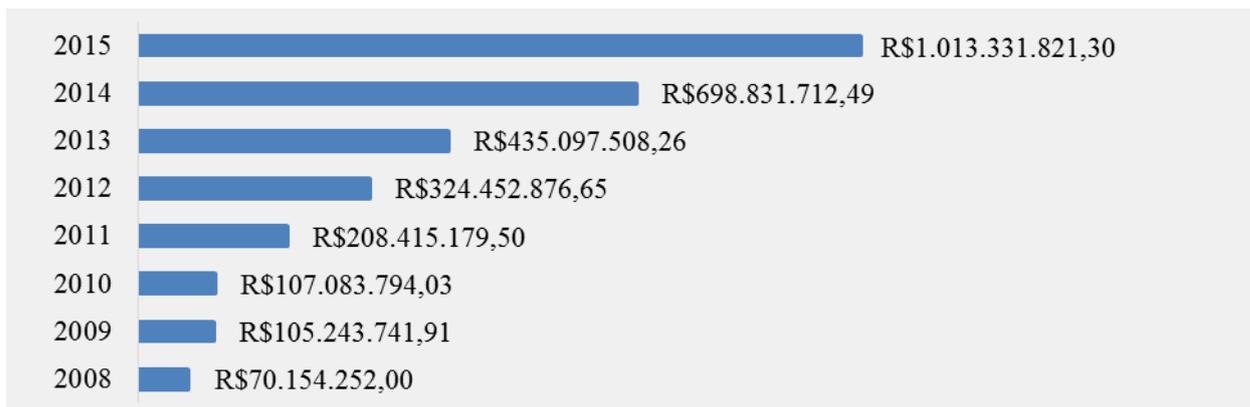


Fonte: Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde (DLOG/MS)

Conforme o gráfico, é possível verificar uma forte tendência de aumento anual no número de processos judiciais recebidos pelo Ministério da Saúde.

Esse aumento do número de processos é associado a um aumento no gasto público. Conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde, os valores gastos no cumprimento das decisões judiciais na área da saúde aumentaram mais de quatorze vezes nos últimos oito anos, passando de 70 milhões de reais em 2008 para mais de um bilhão de reais em 2015, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Valores gastos pelo Ministério da Saúde para cumprir decisões judiciais, de 2008 a 2015



Fonte: DLOG/MS

Destarte, esses valores referem-se apenas aos gastos contabilizados pelo ministério no que diz respeito ao cumprimento de decisões judiciais quando foi necessária a aquisição de medicamentos e insumos.

6. Judicialização da saúde no município de Itaperuna: pesquisa em seus aspectos gerais

O Município de Itaperuna está localizado no Estado do Rio de Janeiro, na Região Noroeste Fluminense. Esta região, além do Município de Itaperuna, é formada pela união de treze municípios: Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula, Varre-Sai, Santo Antônio de Pádua, Aperibé, Cambuci, Itaocara, Miracema e São José de Ubá.

Itaperuna ocupa uma área de 1.105,566 quilômetros quadrados, sendo composto de 7 distritos, sendo eles: Aré, Boa Ventura, Comendador Venâncio, Itajara, Nossa Senhora da Penha, Raposo e Retiro do Muriaé.

Sua população, em 2010, foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através do censo, em 95.841 habitantes, com uma proporção de 94,5 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica era de 86,7 habitantes por km² de sua região e a taxa de urbanização correspondia a 92%. Porém, constatou-se aumento da população através de estimativa divulgada pelo IBGE em 2017, desta forma, são 99.997 habitantes.

Apesar de Itaperuna ser uma cidade bem servida de instalações médicas e referência nesta área, localizando-se no município uma UPA, hospitais, casa de saúde, pronto socorro de urgência, inúmeros postos, centros de saúde e clínicas, para atender sua população, o referido município também recebe demandas dos demais municípios da Região Noroeste Fluminense, fazendo com que o número de pessoas atendidas pela saúde da cidade seja maior que a

expectativa de lotação. Pode ser citada também a farmácia judicial, que é responsável pelo atendimento às demandas judiciais para medicamentos e insumos, que também se faz presente na cidade.

- **Da Pesquisa:**

Para demonstrar a judicialização no Município de Itaperuna, foi realizada pesquisa no intuito de qualificar e quantificar a população atendida e, se fosse o caso, também suas demandas judiciais, os resultados foram obtidos através de questionário distribuído junto à comunidade.

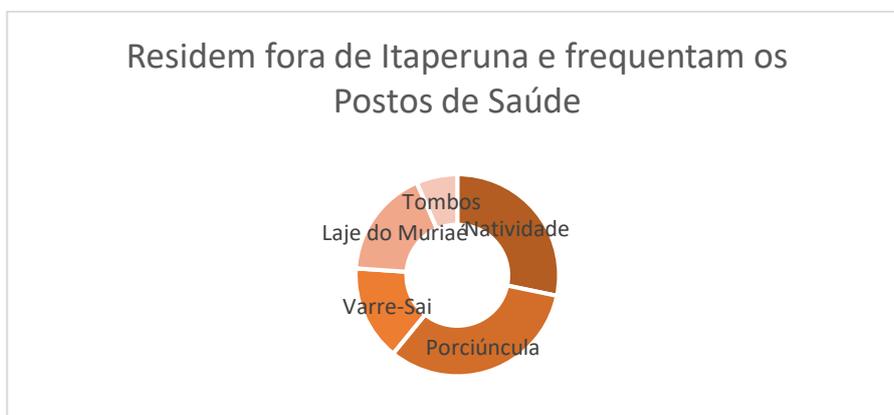
O posto visitado foi o Centro de Saúde Dr. Raul Travassos, onde foram respondidos 150 questionários, e os entrevistados foram pessoas de idades diferenciadas, tanto jovens quanto idosos.

A partir do questionário, foi possível desenvolver estimativa do perfil das pessoas que participaram, assim como forma de analisar os resultados, segue abaixo gráfico:



De acordo com o gráfico, que vai de encontro com o que é percebido na cidade, uma parcela significativa dos frequentadores do Posto de Saúde são de fora de Itaperuna.

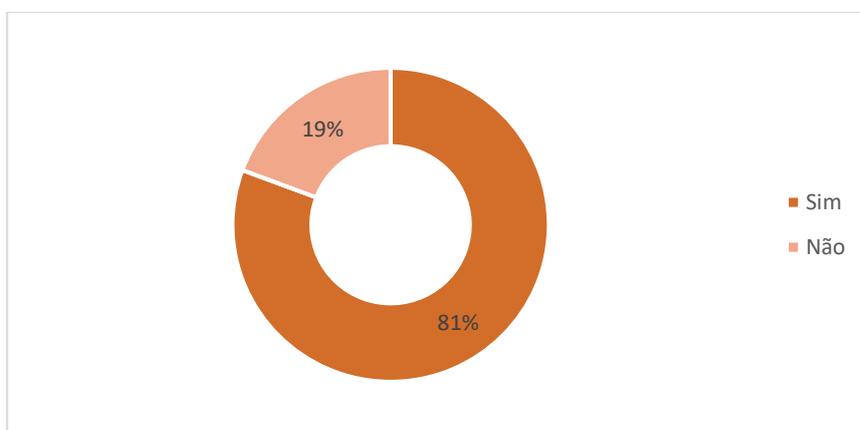
No próximo gráfico, verifica-se com maior precisão a origem dos entrevistados:



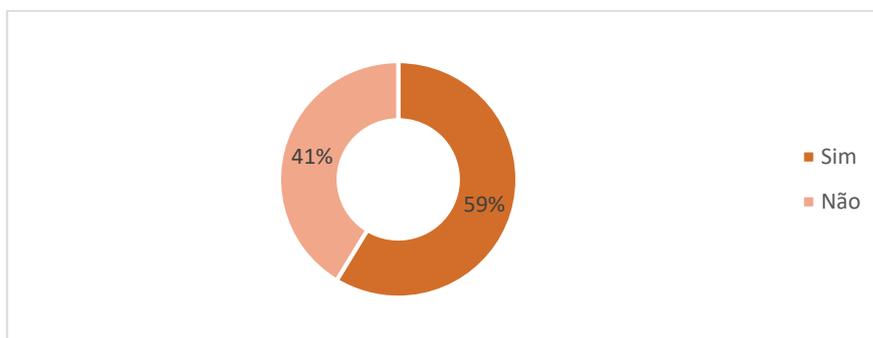
Questionados se sempre buscam os Postos de Saúde de Itaperuna, tanto os moradores da cidade de Itaperuna quanto os moradores das outras cidades, disseram que sim.

Já, questionados se buscam os Postos de Saúde da sua cidade, os que residem fora mostraram que nem todos o fazem. Dos 150 entrevistados, dentre os 46 que residem fora e buscam atendimento em Itaperuna, 22 mostraram que não o fazem na sua cidade. Os residentes em Itaperuna responderam que sim a esta pergunta.

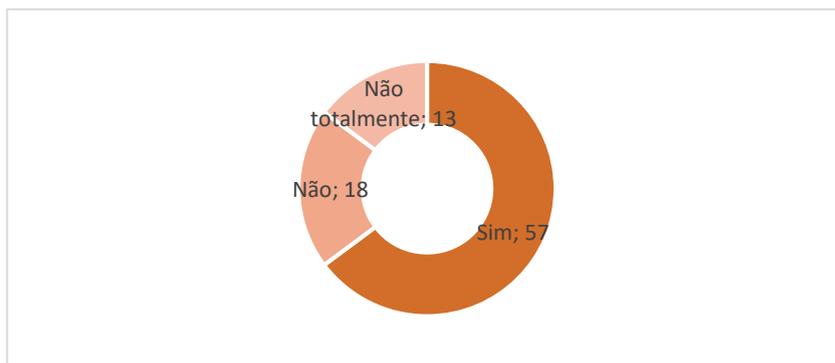
Sendo questionados os moradores da cidade de Itaperuna ou de outras cidades, responderam se obtém acesso aos medicamentos e exames de que necessitam no Município de Itaperuna da seguinte maneira:



Já, sendo novamente os 150 entrevistados questionados se buscam à justiça quando não conseguem atendimentos, medicamentos ou internação, verifica-se no gráfico o resultado:

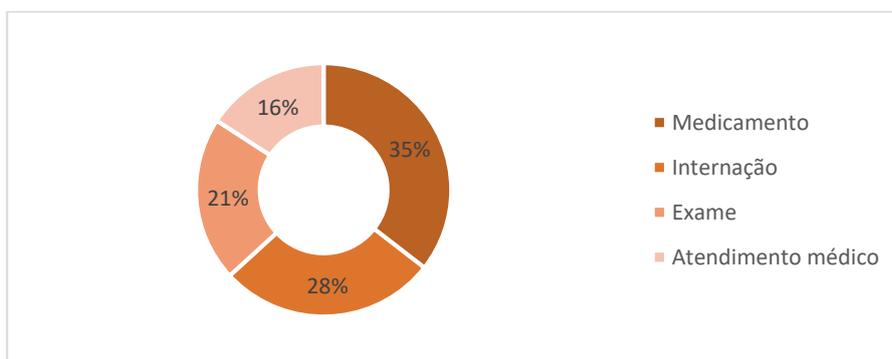


Relativamente sobre as 88 pessoas que responderam sim, ou seja, já procuram a justiça, foi questionado se quando o fizeram conseguiram o que buscavam. As respostas obtidas foram as seguintes:



Sendo que, as pessoas que procuraram a justiça questionadas sobre o tempo da ação 69 disseram que obtiveram o resultado no tempo desejado.

O último questionamento diz respeito ao pedido da ação. Como se pode verificar no gráfico, o mais relatado foi medicamento, seguido de internação, exame e, por último, atendimento médico. Mas, ressalta-se, que houveram 12 pessoas que não se identificaram com essas alternativas e marcaram “outros” escrevendo, logo após, por exemplo, o pedido de cirurgia.



Com isso, foi possível identificar que o sistema de saúde no município de Itaperuna, não atende somente seus moradores, tendo um elevado percentual de indivíduos de municípios da região e área circunvizinha, além disso atingiu-se a proposta original da pesquisa em identificar elementos que fortalecem as motivações da investigação sobre o rumo da relação da saúde em vistas à sua judicialização, seja por má gestão dos recursos públicos destinados a um essencial direito social, seja por ingerência de um poder em outra através das constantes interferências do Judiciário, na construção das atividades executivas.

O trabalho também proporcionou a apresentação pública da pesquisa no II Congresso Latino-Americano realizado pela Universidade Iguazu na data de 16 de outubro de 2017, como forma de amostragem dos caminhos, resultados e objetivos da pesquisa a qual se fortalece,

não somente por seu relevante tema, mas essencialmente pela necessidade de limites claros entre poderes na busca da humanização do direito em prol do elemento fim, o ser humano.



Alunos do Projeto em apresentação – Bianca e Gabriel

7. Efeitos da “judicialização na saúde”

A Judicialização da Saúde traz diversas consequências como o protagonismo do Poder Judiciário para a garantia de direitos dos indivíduos, a desorganização das contas públicas e o planejamento na assistência à saúde entre outros que serão abordados abaixo.

Pode-se extrair da lição de Gustavo Amaral que:

Nessa linha de análise, argumenta-se que o Poder Judiciário, o qual estaria vocacionado a concretizar a justiça do caso concreto (micro justiça), muitas vezes não teria condições de, ao examinar determinada pretensão à prestação de um direito social, analisar as consequências globais de destinação de recursos públicos em benefício da parte com invariável prejuízo para o todo. (2001, apud MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p. 829)

Na Suspensão de Tutela Antecipada nº 71/AL, a Ministra Ellen Gracie discorreu sobre a universalidade do SUS, como se pode perceber em parte da decisão a seguir:

Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas

que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde. No presente caso, ao se conceder os efeitos da antecipação da tutela para determinar que o Estado forneça os medicamentos relacionados "(...) e outros medicamentos necessários para o tratamento (...)" (fl. 26) dos associados, está-se diminuindo a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade. (Tutela antecipada 71/AL, STF, 2006)

Estas citações mostram uma das consequências da judicialização da saúde, que é a limitação de recursos do Estado, que deve atender à coletividade, mas também deve atender ao indivíduo para que ele obtenha aquilo que é necessário para sua saúde.

Este é um fato muito observado atualmente, pois o recurso necessário para a satisfação de pedidos em ações em face dos entes, na verdade, era previsto para atender as necessidades de toda população. Esta obtenção de benefícios pelos indivíduos que vão para a esfera jurídica, de certa forma, prejudicam a coletividade com a utilização de meios finitos, causando ainda uma desarticulação e não consolidação dos objetivos originários.

Em contraposição a este conflito relativo ao limite do judiciário na regulamentação da necessidade de cumprimento do dever do poder público, onde os orçamentos são constitucionalmente e legalmente exigidos em proporção para várias áreas, incluindo saúde, educação, segurança pública, funcionalismo, não podendo tudo ser revertido exclusivamente à guarda do direito à saúde, assim como não poderá deixar de ser aplicada a cota pertinente a esta área, há o direito fundamental a saúde que é essencial e tem grau de hierarquia idêntico.

Assim em uma de suas decisões sob o teor da Pet. 1246, o Ministro Celso de Mello esclareceu que:

[...]entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (artigo 5º, caput e artigo 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana. (STF. Pet. 1246/SC. 1988)

Outra consequência é que a falta na efetividade de direitos fundamentais, especificando o contexto discutido, a falta de acesso à saúde, ocasionou uma “judicialização

excessiva” em face do Estado. O SUS, apesar de constitucionalmente estabelecido no estado brasileiro, está longe de ser um modelo ou uma ferramenta hábil de concretização do direito à saúde, cotidiano, na realidade do cidadão brasileiro.

Com isso, inúmeras demandas se somam junto ao Poder Judiciário, sobrecarregando o sistema já intenso e nem sempre condizente com realidades que se perduram. Desta forma, não só prejudica a administração pública, mas também o Poder Judiciário que tem mostrado estar sobrecarregado com tantas demandas envolvendo cirurgias, leitos em hospitais, medicamentos etc.

Destarte, também é importante citar, como causa da judicialização da saúde, a insuficiência do controle administrativo do Poder Executivo sobre esses processos judiciais.

Segundo o relatório da auditoria operacional que consolida Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) relativa à judicialização da saúde no Brasil, orientada pela Secretaria de Controle Externo (SecexSaúde), por controle administrativo entende-se:

a existência de rotinas de coleta, processamento e análise de dados que permitam o dimensionamento da judicialização da saúde, de forma a subsidiar a tomada de decisão; e b) a existência de mecanismos de detecção de fraudes, mediante o cruzamento de dados para a identificação de padrões e inconsistências, permitindo a realização de investigações com ou sem a participação de órgãos de persecução criminal (polícia e Ministério Público). (TCU, 2018)

Desta forma, havendo este controle, as decisões tomadas pela administração pública poderiam ser melhor fundamentadas, sob a perspectiva da sobrecarga que a judicialização causara ao Poder Executivo, pois seus administradores são obrigados, por decisão judicial, a cumprir as determinações sob pena de prisão. Para finalizar, também é importante ressaltar que as demandas judiciais seriam consideravelmente menores se houvesse um controle para identificar fraudes que causam prejuízo aos cofres públicos.

8. Considerações Finais

Desta forma, a pesquisa procurou expor as mazelas de um dos mais importantes segmentos da realidade dos direitos essenciais ao ser humano, a saúde.

A essencialidade de tal direito alimenta a estrutura do princípio à dignidade da pessoa humana, desta forma, a presença de debates sobre a formalização do direito à saúde deve estar cada vez mais alinhada com mecanismos de solução da menor judicialização, sendo uma

das realidades já presenciadas, em cidades de porte maior como Campos dos Goytacazes, e que tem surtido efeitos importantes é a mediação prévia, sendo identificado o problema entre a pessoa que precisa de tratamento, e a necessidade de assistência pelo poder público entra em ação uma equipe multidisciplinar, composta também por defensor público, com médicos, enfermeiros, psicólogo e advogado, identificando o melhor caminho extrajudicialmente, para trazer solução mais rápida e mais humana, satisfazendo a necessidade daquele que clama por seus direitos, e ao mesmo tempo podendo compor tal direito com a discricionariedade típica do poder executivo.

Assim, constrói-se elementos que viabilizam fortalecer a elevação da dignidade humana sem a diminuição de outro elemento fundamental que é a reserva do possível na estrutura pública, respeitando-se assim os espaços e as funções decorrentes do exercício de cada poder, não havendo desta forma, sobreposição de interesses em nenhum caso, como efetivamente deveria se fazer um Estado Democrático de Direito.

Referências

ALMEIDA, Maria Clara D'Ávila. **Audiência pública sobre a judicialização da saúde:**

Contribuições, consequências e contradições. Disponível em:

<<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/viewFile/928/626>>.

Acesso em: 14 mai. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática.**

Disponível em:

<http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.401** de 28 de Abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

_____. CNJ. **Justiça Pesquisa: judicialização da saúde no Brasil** – dados e experiências. Brasília: CNJ, 2015.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n. 107**, de 6 de abril de 2010.

_____. Ordem dos advogados do. **Constituição Cidadã**. Disponível em: <<https://oab-ms.jusbrasil.com.br/noticias/2871580/constituicao-cidada>> Acesso em: 14 mai. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. Pet. 1.246. Santa Catarina, João Batista Gonçalves Cordeiro. Rel.: Min. Celso de Mello. Diário da Justiça: 17 abr. 1998.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada nº. 71**. Rel: Min. Presidente Ellen Gracie. Julgado em 25 ago. 2006.

CALZA, Morgana. **Direito, Ditadura Militar e Constituição de 1988**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/45529/direito-ditadura-militar-e-constituicao-de-1988>> Acesso em: 14 mai. 2018.

CARMO, Wagner José Ellias; MONTOVANI, Samuel Torezani. **A judicialização do direito à saúde**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/29028/a-judicializacao-do-direito-a-saude/3>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

CASTRO, Carlos Roberto Siqueira. **Dignidade da Pessoa Humana**: o princípio dos princípios constitucionais: in SARMENTO, Daniel. GALDINO, Flávio (Org). Direitos Fundamentais: Estudos em homenagem ao professor Ricardo Lobo Torres. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 174.

IBGE. Itaperuna. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/itaperuna/panorama>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

LEI Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 14 mai. 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

MONTEIRO, Andréa Souto Martins; CASTRO, Larissa de Paula Gonzaga e. **Judicialização da Saúde**: Causas e Consequências. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE%20CAUSAS%20E%20CONSEQU%C3%8ANCIAS%20ANDR%C3%89A%20SOUTO%20MARTINS%20MONTEIRO.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

MOURA, Elisângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440> Acesso em: 14 mai. 2018.

NALEVAIKI, Amanda. **Princípio da Reserva do Possível**. Disponível em: <<https://juridocerto.com/p/amandanalevaikigilio/artigos/principio-da-reserva-do-possivel-2816>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas Considerações em torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ – Centro de Atualização Jurídica, n. 10, janeiro, 2002, Disponível em <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em 14 mai. 2018. p. 2.

SILVA, Liliane Coelho da. **Constituição**. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9> Acesso em: 14 mai. 2018.

TATE, Chester Neal; VALLINDER, Torbjörn. **The global expansion of Judicial Power**: the judicialization of politics. In: _____ (Orgs.). The global expansion of Judicial Power. New York: New York University Press, 1995.

Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1787/2017**. Relatório de Auditoria. Relator: Bruno Dantas. Disponível em: <

<https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/AC%25C3%2593RD%25C3%2583O%2520N%25C2%25BA%25201787%252F2017/%2520DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/2/false>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires. **A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 3, p.13-31, 01 nov. 2010. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13220>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

WIKIPEDIA. **Itaperuna**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Itaperuna#Demografia>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

YAMIN, Alicia Ely; GLOPPEN, Siri. **Litigating health rights: can courts bring more justice to health** / edited by Alicia Ely Yamin and Siri Gloppen. Cambridge: Harvard University Press, 2011. Disponível em: < <https://trove.nla.gov.au/work/151248192>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

WANG, Daniel. **Poder judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde** (dissertação de mestrado). São Paulo: USP, 2009, pp. 59-60