

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE: ASPECTOS GERAIS DE EQUIDADE E DE JUSTIÇA

Marília Azevedo BASSAN Franco da Rocha¹
Daniel Goro TAKEY²

RESUMO Este artigo procura apresentar a problematização da judicialização do acesso à saúde no Brasil, relacionando aspectos de equidade e justiça, verificando tendências de solução para o atual problema em nossa sociedade. O artigo utiliza-se de levantamentos em fontes bibliográficas como metodologia de instrumento de pesquisa para buscar as principais normas e questionamentos envolvendo o tema, além de um levantamento de qual o perfil das ações ajuizadas no Distrito Federal. A partir da coleta de tais dados é demonstrado o crescente número de processos judiciais relacionados ao tema e seus relevantes reflexos financeiros, além de apresentar que 99% dos autores das ações pesquisadas enquadravam-se como individuais e os principais argumentos dos réus eram de que o Estado possui limitações orçamentárias e de que o fornecimento do tratamento solicitado afrontaria os princípios da impessoalidade e isonomia. Nesse contexto, na sequência são trazidas reflexões dos conceitos de justiça e equidade no processo de judicialização do acesso à saúde, das quais se concluem que os principais aspectos a ser buscado pela nossa sociedade e pelo Judiciário para se atingir um Direito mais próximo do ideal de justiça são as avaliações técnicas das solicitações de terapias e medicamentos por especialistas, a priorização das ações coletivas e as oitivas da sociedade para que ela tenha possibilidade de demonstrar seus anseios frente aos novos desafios propostos na administração da vida moderna em comum.

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização. Saúde. Equidade. Justiça.

ABSTRACT This article presents the problematic of legal access to health care in Brazil, relating aspects of fairness and justice, checking trends for the current problem in our society. The article makes use of surveys in bibliographic sources as a research tool methodology to determine the main standards and topics related with this issue, as well as a survey of the profile of lawsuits filed in the Federal District. From the collection of such data is shown the growing number of lawsuits related to the legal access to health care in Brazil and its financial effect, and present that 99% of plaintiffs surveyed would fit as individual authors and main arguments of the defendants were that the state has budget and that providing the requested treatment would violate the principles of impartiality and equality. In this context, reflections of the concepts of justice and equity in the process of legal access to health are brought, of which conclude that the main aspects to be pursued by our society and the judiciary are the search for the technical expert assessments, prioritization of collective actions and hearings of society for it to demonstrate their concerns forward to the new challenges posed in the administration of life in common.

¹ Graduada em Ciências Contábeis (UniFae). Pós-graduada em Controladoria (UniFae). MBA em Liderança com Ênfase em Gestão (Faculdade Estação Business School). Graduada em Direito (Faculdades Santa Cruz). E-mail: mariliabassan@hotmail.com

² Docente das Faculdades Integradas Santa Cruz de Curitiba - FARESC, Mestrando em Direito Socioambiental pela PUC-PR, Especialista em Direito Penal e Processual Penal pela FADISP-SP, advogado e Juiz Leigo no 6º Juizado Especial Cível do Foro Central de Curitiba-PR, E-mail: danieltakey@contato.adv.br

KEYWORDS: Adjudication. Health. Equity. Justice.

INTRODUÇÃO

Em 2014, foi divulgada a notícia de que a Justiça de São Paulo determinou que a União, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, pagasse pelo transplante multivisceral de um bebê, portador de uma síndrome rara, que seria realizado nos Estados Unidos e avaliado em torno de R\$ 2 milhões (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS, 2014).

Diante de decisões judiciais semelhantes à apresentada, que estão se tornando cada vez mais comuns em nosso país, surgem questões relevantes para a sociedade atual, como as seguintes: seria possível, diante das limitações orçamentárias e escassez de recursos, impor ao Estado a responsabilidade pela concessão ilimitada de procedimentos médicos e remédios para todos? (VOITCH, 2015). Ou por estar previsto no artigo 2º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nos artigos 196 e 6º da Constituição do Brasil de 1988, ao lado de outros direitos sociais, como educação, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança e previdência social, o Estado deveria ser obrigado a prover o direito à saúde, independente das suas restrições financeiras? (VOITCH, 2015). Ou a judicialização do acesso a terapias médicas e remédios, que acaba por permitir que apenas algumas pessoas tenham esse direito concedido, não seria um caminho que acarretaria no aumento da desigualdade em nossa sociedade? (VOITCH, 2015).

Nesse sentido, PAMPLONA E ZAGURSKI (2015) expõem que:

Diante desse novo momento vivenciado, onde as pessoas buscam a observância de direitos muitas vezes negados pelos outros poderes, que se recorre ao Poder Judiciário como uma das últimas vias possíveis de concretização de direitos. É justamente nesse sentido que ocorre a judicialização: uma crescente demanda por decisões judiciais para dirimir questões sociais e o conseqüente crescimento dos gastos públicos determinados por decisões judiciais.

Para reforçar a importância da discussão sobre a problemática exposta, é importante destacar o crescente número de processos judiciais financeiramente relevantes relacionados ao acesso à saúde. De acordo com o relatório 'Intervenção Judicial na Saúde Pública', publicado pela Advocacia Geral da União em 2014, é crescente o número de ações judiciais propostas com o objetivo

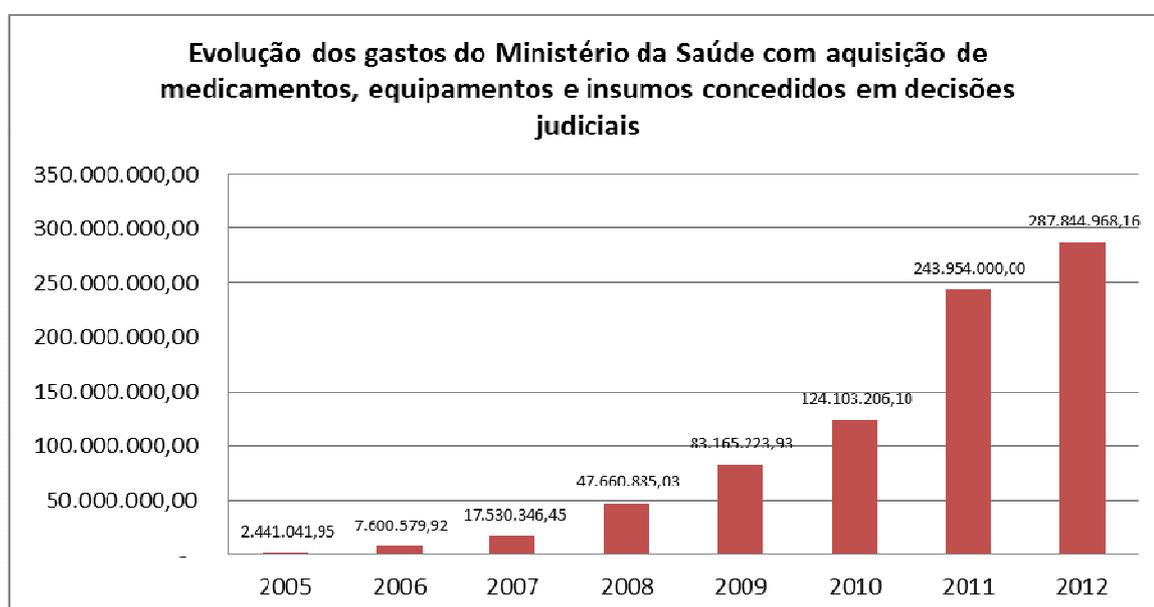
de obter o fornecimento de medicamentos, a realização de cirurgias e procedimentos. Porém, de acordo com o citado relatório, apesar de essa situação ser preocupante, não há levantamento, em âmbito nacional, do real impacto da judicialização do acesso à saúde para todo o SUS, já que as ações propostas estão divididas entre a Justiça Federal e a Justiça de cada Estado, sendo que cada uma destas é um espaço autônomo de decisão.

Apesar disso, os dados constantes junto a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde indicam um crescimento progressivo no número de ações propostas, ano a ano. Esse órgão atua em praticamente todos os processos judiciais nos quais a União figura como ré nas ações de saúde, tendo recebido no ano de 2009, 10.486 novas ações; no ano de 2010, 11.203 novas ações; no ano de 2011, 12.811 novas ações; e no ano de 2012, 13.051 novas ações (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2014).

Importante destacar, também, que grande parte desses novos processos que chegam a cada ano nos tribunais gera um efeito financeiro cumulativo, já que muitos são referentes ao fornecimento de medicamentos de uso contínuo, que explicam uma das causas do grande crescimento dos gastos com compras pelo Ministério da Saúde, que é demonstrado no Quadro 01 (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2014).

Quadro 01 – Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com aquisição de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais

Fonte: Relatório 'Intervenção Judicial na Saúde Pública' (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO,



2014).

A partir desse contexto, o presente artigo pretende expor a problematização da judicialização do acesso à saúde no Brasil, relacionando aspectos de equidade e justiça, verificando tendências de solução para o atual problema em nossa sociedade.

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Na ordem jurídica brasileira a saúde foi reconhecida como direito fundamental, de aplicabilidade imediata:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)

§ 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

(...)

Art. 196. A saúde é 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 (BRASIL, 1988).

De acordo com Moretti (2014), a Constituição Federal, por meio do seu artigo 198, instituiu um sistema único de saúde que integra as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, norteado pelas diretrizes contidas nos seus incisos I, II e III:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

À luz do que dita a Constituição e a legislação sanitária citada por Moretti (2014), o Poder Executivo é responsável por elaborar e programar políticas de ação continuada para melhoria da saúde da população brasileira (MORETTI, 2014, p. 160).

De acordo com informação obtida em palestra de Márcia Fernandes Bezerra (informação verbal), a descrição dos medicamentos e outras terapias que são fornecidos a particulares de forma gratuita ou subsidiados está definida nos artigos 19-M e 19-Q da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere à alínea d do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-Q. A **incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde**, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º **O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração**, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011) (...) **(grifo nosso)** (BRASIL, 1990).

O reconhecimento do direito à saúde, nesse sentido, exige que o Estado brasileiro se organize para atendê-lo, assim como permite aos cidadãos que exijam a concretização do seu direito individual à saúde (MORETTI, 2014, p. 161).

Dessa permissão aos cidadãos brasileiros de buscarem o acesso à saúde pública, surgem a cada dia novas demandas da saúde na justiça brasileira: de acordo com dados não concluídos, por faltarem informações dos Tribunais de Justiça dos estados de Paraíba, Pernambuco e Amazonas, divulgado em reportagem da Revista Consultor Jurídico (2011), havia 240.980 processos judiciais em andamento sobre saúde em 2011, sendo que a grande parte é pedida de medicamentos e procedimentos médicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vagas em hospitais públicos, e ações de usuários de seguros e planos privados. Os Estados, segundo essa reportagem, que concentram essas ações são: Rio Grande do Sul, com 113.953 processos, São Paulo, com 44.690 ações e, na sequência, Rio de Janeiro, com 25.234 processos.

Por meio do artigo 'Efetivação do Direito à Saúde e Concessão de Medicamentos Via Ação Judicial', de Kalini Vasconcelos Braz e Sandra Montenegro (2010), foi divulgada uma pesquisa realizada com o objetivo de traçar um perfil das ações judiciais relacionadas à saúde: foram pesquisadas 103 decisões dos anos de 2007 e 2008 do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, que tinham por objeto o fornecimento de medicamentos e insumos pelo Distrito federal, nas Varas de Fazenda Pública do Distrito Federal.

Como resultado deste estudo, chegou-se à conclusão de que as doenças mais referidas nas ações judiciais analisadas foram: Artrite (14,56%), Hipertensão (10,68%), Diabetes (5,83%), Glaucoma (5,83%), Esquizofrenia (4,85%), Hipertensão arterial pulmonar (4,85%), Alzheimer (2,91%), Aids (2,91%), Transtorno bipolar (2,91) e Depressão (2,91%).

Ainda em relação ao estudo citado, foi verificado que 99,03% dos autores das ações enquadravam-se como individuais, 18,45% eram representados por advogados particulares e 79,61% eram representados pela Defensoria Pública, 0,97% das ações eram representadas pelo Ministério Público do Distrito Federal e 0,97% pela Fundação de Assistência Jurídica (OAB/DF).

Os principais argumentos dos autores identificados pelas pesquisadoras nas análises das 103 decisões dos anos de 2007 e 2008 foram em relação às suas condições financeiras e em relação à necessidade de medicamento específico para sua necessidade:

Ideia central 1: O autor não possui condições financeiras para adquirir o medicamento.

Ideia central 2: O medicamento prescrito é o único medicamento existente ou o único medicamento capaz de controlar a moléstia que lhe acomete (KALINI e MONTENEGRO, 2010).

Os principais argumentos dos réus identificados pelas pesquisadoras foram de que o Estado possui limitações orçamentárias (56,31%), que o fornecimento do medicamento afrontaria os princípios da isonomia e impessoalidade (46,60%) e que o medicamento não faz parte do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (31,07%):

Ideia central 1: O Estado possui limitações orçamentárias (56,31%).

Ideia central 2: A concessão do medicamento pelo Poder Judiciário implica afronta ao princípio da separação dos poderes (13,59%).

Ideia central 3: O Distrito Federal não é pessoa jurídica de direito público competente para figurar no polo passivo da ação (12,62%).

Ideia central 4: Ausência da prova da necessidade do medicamento pelo autor (6,80%).

Ideia central 5: Não houve recusa por parte do Distrito Federal em fornecer o medicamento (27,18%).

Ideia central 6: A concessão do medicamento pelo Poder Judiciário implica afronta ao princípio da isonomia e impessoalidade (46,60%).

Ideia central 7: Só pode fornecer para pacientes que tiveram prescrição por médico do SUS (18,45%).

Ideia central 8: O direito à saúde, por ser direito subjetivo, possui efeito programático (15,53%).

Ideia central 9: O medicamento não possui autorização da ANVISA (1,94%).

Ideia central 10: É necessário que primeiro se esgote a via administrativa antes de pleitear judicialmente (17,48%).

Ideia central 11: O medicamento não faz parte do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (31,07%) (KALINI e MONTENEGRO, 2010).

Dos casos analisados por Kalini e Montenegro (2010), em 99,03% o medicamento pleiteado pelo autor foi concedido e em apenas 0,97% foi indeferido o pedido, por não ter sido identificada a comprovação das alegações.

Uma das conclusões de Kalini e Montenegro (2010), diante dos dados também reproduzidos no presente artigo, é de que os magistrados acabam analisando somente os casos concretos, não considerando a realidade da demanda estatal como um todo, desconsiderando políticas públicas implementadas pelo Ministério da Saúde. De acordo com as autoras, os magistrados devem observar além do texto legal, dentre outros aspectos, se o medicamento é realmente recomendado para a moléstia do paciente, se o médico que indicou o tratamento é especialista na área de doença do paciente e se não existem outros medicamentos, que produzam o mesmo efeito, com custos menores (KALINI e MONTENEGRO, 2010).

Cabe ressaltar que os julgamentos dos processos que envolvem as ações de acesso a procedimentos e produtos de saúde exigem competências muito específicas do ramo médico por parte dos operadores do Direito para que a justiça possa realmente ser efetivada no caso concreto, já que os recursos destinados às aquisições voltadas ao abastecimento de todo o Sistema Único de Saúde concorrem com as aquisições determinadas por decisões judiciais. Nesse sentido, diante dos impactos e da relevância do assunto, atualmente estão sendo implantados Núcleos de Apoio Técnico (NATs) nos Tribunais de Justiça e nos Tribunais Regionais Federais, que serão formados por especialistas e devem subsidiar os magistrados na tomada de decisões nas questões relacionadas ao direito à saúde (AGÊNCIA CNJ DE NOTÍCIAS, 2015).

EQUIDADE E JUSTIÇA NA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

De acordo com Reale (2002), a aplicação do Direito que leva em consideração somente as conclusões esquemáticas da regra genérica traz consequências danosas à justiça: *“não raro, pratica injustiça o magistrado que, com insensibilidade formalística, segue rigorosamente o mandamento do texto legal”*. Nesse sentido, Reale (2002) enfatiza que o jurista deve interpretar o texto legal utilizando a equidade, que é, portanto, *“a justiça amoldada à especificidade de uma situação real”*:

A equidade para Aristóteles é a justiça do caso concreto, enquanto adaptada, “ajustada” à particularidade de cada fato ocorrente. Enquanto a justiça em si é medida abstrata, suscetível de aplicação a todas as hipóteses a que se refere, a equidade já é a justiça no seu dinâmico ajustamento ao caso (REALE, 2002, p. 123).

Tendo-se exposta a relação entre equidade e justiça, retoma-se a reflexão trazida pelos questionamentos apresentados na Introdução do presente artigo, as quais foram objetivamente respondidas em palestra de Márcia Fernandes Bezerra (informação verbal), de acordo com os entendimentos recentes dos Tribunais: **(1) De quem é a responsabilidade pelo fornecimento os medicamentos?** De acordo com os artigos 23 e 198 da Constituição Federal e segundo entendimentos recentes dos Tribunais, a responsabilidade é de todos os entes federativos: União, Estados, Municípios e do Distrito Federal. **(2) O medicamento deve ser fornecido apenas a quem não possui recursos financeiros para custeá-lo?** Pela jurisprudência dominante, os medicamentos devem ser fornecidos independentemente da condição financeira do solicitante, já que seria uma questão subjetiva a de avaliar se determinado indivíduo possui ou não condições de arcar com determinados custos relacionados à saúde. A palestrante citou, porém, que há algumas decisões isoladas pelas quais há o entendimento de que se deve provar que o demandante pelo medicamento é carente para que se faça a concessão de forma gratuita. **(3) Como comprovar a necessidade do medicamento?** Pela jurisprudência dominante é suficiente a apresentação de receita e laudo do seu próprio médico, porém há algumas decisões minoritárias pelas quais o medicamento deve ser prescrito por

médico do SUS. **(4) A determinação de fornecimento de medicamento não prevista na listagem importa em devida intervenção em política pública?** De acordo com a palestrante, o entendimento predominante é de que nos casos de acesso à saúde não há ofensa ao princípio da separação de poderes quando da intervenção do Judiciário em política pública. Corroborando com esta posição, o desembargador do Tribunal de Justiça do Paraná, Adalberto Jorge Xisto Pereira (informação verbal), apresentou em sua palestra que apesar do contexto abrangido pelo princípio da separação dos poderes definido no artigo 2 da Constituição Federal, vem sendo adotada a visão de reaproximação do direito com o ideal de justiça social: o Supremo Tribunal Federal (STF) vem dando eficácia e aplicação imediata para as normas de conteúdo programático, autorizando o Judiciário, diante da ineficácia do Legislativo e Executivo, a intervir nas políticas públicas. **(5) A aplicação do princípio da reserva do possível impede o fornecimento de medicamentos de alto custo?** De acordo com Márcia Fernandes Bezerra, há o entendimento dominante do reconhecimento da inaplicabilidade do princípio citado aos casos de acesso à saúde, devido ao núcleo básico que qualifica o mínimo existencial (vida).

Neste contexto de judicialização do acesso à saúde, com base nas respostas apresentadas por Márcia Fernandes Bezerra em sua palestra, é trazido à discussão no presente artigo o principal embate que envolve o assunto: mínimo existencial e reserva do possível.

De acordo com artigo publicado por Antônio Pires, procurador da Fazenda Nacional em São Paulo, e escrito por Suélen Pereira Coutinho do Nascimento, o mínimo existencial é um direito que tem como objetivo a garantia de condições mínimas de existência humana digna, de forma que o Estado ofereça as condições para que a aplicabilidade destes direitos seja eficaz: *“o mínimo existencial, portanto, abrange o conjunto de prestações materiais necessárias e absolutamente essenciais para todo ser humano ter uma vida digna”*.

Já a reserva do possível, que também pode ser chamada de reserva do financeiramente possível, de acordo com Nascimento (2013), aplica-se quando o Estado se depara com um direito fundamental amparado pelo mínimo existencial, mas que realiza somente o que está na sua capacidade econômica.

Diante desta situação, a autora destaca que jamais uma impossibilidade orçamentária do Estado em oferecer o mínimo existencial poderá impedir a eficácia dos direitos fundamentais considerados essenciais, justos e basilares, já que o Estado tem o dever de concretizar os direitos postulados na Constituição Federal, com a finalidade de garantir à pessoa humana uma vida digna (Nascimento, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O difícil dever do Estado é alocar os escassos recursos disponíveis de forma equitativa à população, no sentido de que não há vida com valor superior ou inferior a outra, com isso, de acordo com Ferraz e Wang (2014) negar um tratamento a um indivíduo não significa necessariamente ignorar o valor da vida e da saúde do demandante, mas dar-lhe o mesmo valor que a vida e a saúde de todos que também dependem do sistema público de saúde. Dessa forma, a judicialização da saúde brasileira está criando um SUS de “duas portas”, de acordo com Ferraz e Wang

(2014): uma para aqueles que vão ao Judiciário e conseguem acesso irrestrito aos recursos estatais para satisfazer suas necessidades em saúde; e outra para o resto da população que possui acesso limitado, o qual se torna ainda mais restrito pelo redirecionamento de recursos que beneficia àqueles da “outra porta”.

Pelo exposto, conclui-se que os juristas devem buscar suporte na consolidação das estruturas de especialistas médicos nos tribunais que possam fornecer avaliações técnicas independentes sobre os requerimentos judiciais de acesso à saúde, com o objetivo de auxiliá-los na tomada de decisões em questões sempre complexas que envolvem esse tema, buscando a concretização do ideal de justiça.

Além disso, como citado por Adalberto Pereira (informação verbal) em sua palestra, é importante também considerarmos outros aspectos que já estão contidos no Projeto de Lei 8.058/2014 proposto por Paulo Teixeira (PT-SP), que trata sobre o controle jurisdicional de políticas públicas, que em suma estão apresentados a seguir: (i) devem ser dadas prioridades para ações coletivas e não individuais; (ii) devem ser propiciadas oitivas da sociedade, para que possa demonstrar seus anseios em relação aos assuntos em discussão nas políticas públicas; e (iii) excessos devem ser contidos; como por exemplo foi citada a exigência dos tribunais serem mais cautelosos na concessão de medicamentos gratuitos, com o objetivo de autorizar o fornecimento somente dos tratamentos que são estritamente e comprovadamente necessários para cada doença.

Nesse sentido, conclui-se também que a partir do momento que o Estado não oferece as condições para que sejam concretizados os direitos “mínimos existenciais”, também não são atingidos os princípios basilares do nosso Estado Democrático, que são o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana (NASCIMENTO, (2012)). Portanto, entende-se que um Direito que se preocupe com a eficiência e os custos de aplicação de suas normas e decisões aproxima-se muito mais do ideal de justiça do que está ocorrendo atualmente, principalmente em relação às questões que envolvem a judicialização da saúde, que foram discutidas no presente artigo.

REFERÊNCIAS

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. Intervenção Judicial na Saúde Pública. 2014. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa---o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

AGÊNCIA CNJ DE NOTÍCIAS. Fórum Nacional da Saúde vai percorrer o País para ajudar na implantação dos núcleos de apoio. 26 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.olhardireto.com.br/juridico/noticias/exibir.asp?id=23905>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS. Justiça determina que SUS pague R\$ 2 mi em transplante para bebê nos EUA. 2014. Disponível em: <<http://associacao-nacional-dos-defensores-publicos.justica.inf.br/noticia/2014/5/justica-determina-sus-pague-r-2-mi-transplante-bebe-eua>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

BRASIL. Constituição, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, 1990.

BRAZ, Kalini V; MONTENEGRO, Sandra. Efetivação do Direito à Saúde e Concessão de Medicamentos via Decisão Judicial. 2010. Disponível em: <www.agu.gov.br/page/download/index/id/27246632>. Acesso em: 12 abr. 2015.

FERRAZ, Octavio L M; WANG, Daniel Wei Liang. Judicialização da saúde tem criado SUS de duas portas. 2014. Disponível em: < <http://www.conjur.com.br/2014-jun-22/judicializacao-saude-criado-sus-duas-portas>>. Acesso em 24 abr. 2015.

PAMPLONA, Danielle A; ZAGURSKI, Adriana T dos S. Há espaço para o profissional de saúde colaborar no implemento de melhorias de infraestrutura por meio do Judiciário? 2015.

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO. Judicialização faz desigualdade na saúde avançar. 29 mar. 2014. Disponível em: <<http://idisa.jusbrasil.com.br/noticias/114762198/judicializacao-faz-desigualdade-na-saude-avancar>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

MORETTI, Natália Pasquini. Solução Consensual de Conflitos Sanitários na Esfera Administrativa. Revista Digital de Direito Administrativo, Ribeirão Preto, v.1, n.1, p. 160-164, 2014. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rdda/article/download/73566/77258>. Acesso em: 12 abr. 2015.

NASCIMENTO, Suelen. Mínimo existencial x reserva do possível. 2013. Disponível em: < <http://antoniopires.jusbrasil.com.br/artigos/121940660/minimo-existencial-x-reserva-do-possivel>>. Acesso em 22 abr. 2015.

REALE, Miguel. Lições Preliminares de Direito. 27. Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO. Existem mais de 240 mil processos sobre saúde. 26 abr. 2001. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2011-abr-26/existem-240-mil-processos-saude-justica-brasileira>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

VENOSA, Sílvio de Salvo. Introdução ao Estudo do Direito: Primeiras Linhas. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VOITCH, T.B. Acesso à saúde na Justiça: Como o Judiciário se tornou uma das principais vias para resolver problemas de acesso a medicamentos e as consequências da prática para a situação fiscal da União. *Gazeta do Povo*, Curitiba, 29 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/justica-direito/acesso-a-saude-na-justica-ejb2wcbn7pa87s3cnmwdvorbi>>. Acesso em: 07 abr. 2015.