

VOLUME PROCESSUAL, VULNERABILIDADE SOCIAL E ACESSO À JUSTIÇA: Relação entre Judicialização e Estrutura de Saúde em Minas Gerais

SIMONE TIÊSSA DE JESUS ALVES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (UNIMONTES)

GERALDO ALEMANDRO LEITE FILHO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (UNIMONTES)

YASMIM TEREZINHA BARBOSA GOMES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (UNIMONTES)

RENÊ RODRIGUES VELOSO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (UNIMONTES)

ANY KAROLINY SILVA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (UNIMONTES)

Agradecimento à orgão de fomento:

CAPES e FAPEMIG

VOLUME PROCESSUAL, VULNERABILIDADE SOCIAL E ACESSO À JUSTIÇA: Relação entre Judicialização e Estrutura de Saúde em Minas Gerais

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, a partir da Declaração dos Direitos Humanos, adotada em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), surge como forma de garantia universal da dignidade dos cidadãos. Contudo, a judicialização da saúde, acesso à saúde por vias judiciais, demonstra a fragilidade da efetivação desse direito. A judicialização da saúde é um processo multidisciplinar, que envolve atores do Executivo, Legislativos, Judiciário e sociedade civil organizada, contemplando aspectos sociais, sanitários, políticos, éticos e jurídicos, tendo, portando múltiplas dimensões de análise (Pandolfo, Delduque & Amaral, 2012).

Dentre as garantias previstas no ordenamento jurídico brasileiro encontram-se o acesso a saúde, direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à justiça, uma vez que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito (Constituição Federal, 1988, art.5). No aspecto jurídico, foi garantido aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade de amparo legal, ou seja, em vulnerabilidade, o acesso à estrutura de justiça gratuita para garantia de seus direitos. Quando esses direitos são desrespeitados compete a quem se sentir lesado procurar o Judiciário por meio de representante legal (advogado particular, Ministério Público ou Defensoria Pública), neste último caso apenas àqueles que não dispuserem de meios suficientes para arcar com as custas de um advogado particular, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família. (Cardoso, 2014).

Quando determinada ação fere os direitos previstos constitucionalmente é necessária intervenção do poder judiciário, que possui o papel de decidir a favor ou contra a solicitação (Machado, 2015). Este processo é conhecido como judicialização. Iniciada a demanda, o solicitante pode optar pela representação por Defensoria Pública, Ministério Público, ou advogado particular. O primeiro quando não se dispõe de recursos para a ação, o segundo quando se trata de causas coletivas, e o terceiro quando se provê de recursos financeiros para arcar com os honorários (Cardoso, 2014).

Entende-se que se torna necessário ao Estado garantir meios indispensáveis para promover o acesso aos direitos sociais e individuais pelos vulneráveis. Ademais, os altos custos do processo não podem ser obstáculos para o acesso à justiça, pois muitos não possuem condições financeiras para contratar um advogado que é fundamental para o processo, arcar com as custas processuais, altos honorários advocatícios. A solução é proporcionar assistência jurídica aos necessitados que comprovem insuficiência de recurso (Cappelletti & Garth, 1988). Nesse contexto, os papéis desempenhados pelas instituições como Defensoria Pública e o Ministério Público possibilitam a participação e a garantia da igualdade de acesso à justiça aos vulneráveis (Cardoso, 2014).

A vulnerabilidade pode ser definida como uma situação de exclusão ou inclusão especial dos indivíduos que não encontram amparo quanto aos seus direitos de forma satisfatória, uma vez que possuem limitações de diversas formas quanto à busca por esses direitos. (Soczek, 2008). Vulnerabilidade, termo derivado do latim, significa: causar dano, ferir. Com o passar dos tempos, esse conceito foi ampliado e passou a abranger múltiplos conceitos como, por exemplo, a desigualdade e a reduzida liberdade social e econômica dos cidadãos. Convém salientar, que todos esses fatores vão contra as garantias fundamentais previstas na Constituição Federal, mais precisamente a dignidade da pessoa humana (Soczek, 2008).

O poder Judiciário tem se empenhado em acompanhar os dados sobre a judicialização no Brasil por meio de pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Contudo, verifica-se que ainda são poucos dados sobre o perfil sócio demográfico dos litigantes, informação essencial para determinar e analisar os aspectos inerentes ao princípio da equidade na distribuição dos recursos públicos (CNJ, 2015). Isso é importante, por exemplo, para indicar se a destinação de recursos circunda uma minoria populacional socialmente privilegiada e com acesso à justiça, em detrimento, assim, ao interesse da coletividade. Chieffi e Barata (2009) ressaltam que a judicialização tem sido utilizada como garantia de acesso a bens e serviços para uma minoria populacional, e que o aumento exponencial das ações e da obrigatoriedade do acolhimento das demandas por parte do executivo tem impactado no aumento dos litígios a respeito de saúde. Asensi (2010) resalta a importância de se analisar os grupos que compõem o centro do poder no que tange o acesso aos direitos, buscando analisar os fatores sociais determinantes na produção jurídica e como essa produção pode gerar embates de desigualdade social. Machado e Dain (2012) também apontam a ascensão de grupos minoritários em busca de garantia de direitos como determinantes da judicialização no cenário nacional. Assim, é relevante a produção de estudos que discutam a judicialização sobre o aspecto da estrutura de saúde das regiões, bem como aspectos socioeconômicos e de acesso à justiça, analisando se as regiões com maior volume processual são as mais vulneráveis nesses âmbitos.

Diante do exposto, através dessa pesquisa visou-se investigar a relação entre vulnerabilidade socioeconômica (renda per capita), estrutura de saúde pública (taxas de investimento em saúde), estrutura de acesso à justiça (juizes por habitante, unidades de Defensoria e Ministério Público por comarca) e o volume de processos por comarca no Estado de Minas Gerais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES DA PESQUISA

Para se compreender o conteúdo abordado neste estudo, é importante entender o conceito de política pública, que trata-se de “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (Secchi, 2010, p. 2). As políticas públicas são formuladas no momento em que o governo decide incidir “seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (Souza, 2006, p. 26). Assim que são formuladas, elas se transformam em planos, projetos, base de dados e pesquisa, que são implementados e passam por processos de acompanhamento e avaliação (Souza, 2006). O ciclo de políticas públicas contempla sete etapas, sendo elas: (1) identificar o problema, (2) formar agenda, (3) formular alternativas, (4) tomar decisão, (5) implementar, (6) avaliar e (7) extinguir (Secchi, 2010). Dentre elas, destaca-se a avaliação, fase em que é examinado o desempenho de forma a identificar se o problema que gerou a política foi sanado, e dar feedback sob os pontos a melhorar, tanto enquanto política, tanto no que remete ao processo.

Lowi (1964, 1972) afirma que as políticas públicas podem se expressar de quatro formas: (1) distributiva, que relata as decisões que desconsideram os recursos limitados, com impactos que privilegiam minorias ao invés da coletividade; (2) regulatória, que geralmente está ligada a aspectos burocráticos, como a legislação e agências que orientam e acompanham o funcionamento das atividades; (3) redistributiva, que atinge um número maior de pessoas, gerando perdas para alguns grupos a curto prazo, e ganhos incertos para outros grupos, a longo prazo, e (4) constitutiva, que trata de procedimentos. É relevante o desenvolvimento de estudos que contemplem as políticas públicas de saúde em um sentido amplo, abordando aspectos de acesso a esse direito fundamental, vulnerabilidade de grupos em função das disparidades dos mecanismos de gestão da saúde, ambiente regulatório (leis, normativas e jurisprudências) e políticas de distribuição e alocação de recursos através dos objetivos da agenda do SUS nos planos plurianuais e leis orgânicas dos entes.

A judicialização da saúde representa os efeitos da política de acesso à justiça e de direitos fundamentais entre poderes, pois reflete a agenda de demandas levadas ao Judiciário que irão intervir na pauta do ciclo de políticas públicas de saúde do Executivo e até em aspectos regulatórios e normativos, podendo fazer emergir novas pautas para o poder Legislativo. Dessa forma compreende-se que a judicialização envolve os três poderes (Executivo, Legislativo, Judiciário) e sociedade civil como atores, que discutem aspectos sociais, sanitários, políticos, éticos e jurídicos, sendo considerado um processo multidisciplinar (Pandolfo, Delduque & Amaral, 2012).

Dada a interdisciplinaridade do fenômeno, Moraes (2017), apresenta cinco dimensões analíticas: (1) sociodemográfica, onde há análise do perfil econômico, demográfico, e social dos requerentes do acesso a saúde; (2) processual, que caracteriza as solicitações, categorias, método de acesso à justiça, sentenças; (3) médico-sanitária, que contém os representantes da indústria da saúde; (4) político-administrativa, a qual considera-se o Tribunal de Contas, Judiciário, Legislativo, e da Advocacia Geral da União (AGU); e (5) Sistema Único de Saúde (SUS), que subdivide-se em (a) políticas de saúde pública, (b) acesso a saúde, (c) gerenciamento dos processos, e (d) o orçamento.

A Constituição Federal de 1988 determina os princípios, estrutura organizacional, direitos e deveres que regem a sociedade brasileira. Cabe a administração pública realizar a gestão dos bens e interesses públicos, prestando serviços de atenção à saúde, educação, segurança, entre outras necessidades coletivas (Meirelles, 2016). O texto constitucional, artigo 196, diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, dever esse deve ser garantido por meio de políticas públicas que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma universal e igualitária. Em relação à saúde, campo alvo desse estudo, iremos ressaltar o SUS - Sistema Único de Saúde, que é, de acordo com o artigo 4º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Machado (2015) diz que o SUS pode ser considerado um avanço no que tange ao desenvolvimento de políticas públicas, mas que a realidade do sistema ainda está longe de atender ao que é previsto constitucionalmente. Com isso, surge a participação de novos agentes para intermediar a relação entre o que ocorre na prática e o que é previsto, de forma a assegurar os direitos daqueles que se veem necessitados dos serviços. Esse fenômeno é denominado judicialização. A judicialização, segundo modelo proposto por Moraes (2016), divide-se em quatro dimensões: (1) dimensão sócio demográfica, composta por variáveis como renda, idade, classe social, escolaridade, entre outras variáveis; (2) dimensão processual, que inclui se a demanda foi individual ou coletiva, se a representação jurídica foi pública ou privada, e se a solicitação foi deferida ou não; (3) dimensão médico-sanitária, que diz respeito ao tipo de doença, origem da receita, indicação alternativa e (4) dimensão político-administrativa, na qual é presente a argumentação favorável ou não da judicialização, o registro ANVISA, etc.

Com base no conteúdo exposto, apresenta-se a seguir as hipóteses de pesquisa, relacionadas a investimento em saúde, estrutura de acesso à justiça, vulnerabilidade social e suas respectivas justificativas e variáveis, de forma a subsidiar a compreensão deste estudo, cujo objetivo é a análise correlacional das variáveis sócio demográficas, processuais e político-administrativas em relação a judicialização em municípios mineiros.

2.1 Investimento em saúde e judicialização

Entende-se como estrutura de saúde o espaço físico, profissionais, materiais entre outros recursos envolvidos na oferta de serviços de assistência à saúde, que subsidiam desde a prevenção das enfermidades até a recuperação dos indivíduos (Carvalho, 2019). Pode-se

considerar estrutura de saúde tanto as ações em saúde, fornecidas de forma gratuita através do SUS, como também o fornecimento de seguros de saúde pelo setor privado, que segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reguladora do serviço de saúde suplementar, apresentados por (Maria, Araújo, Felix, & Pereira, 2018), tem mostrado um crescimento de 16,58% de 2000 a 2016. Em 2018, 22,6% da população portava planos de saúde, equivalente a 47,2 milhões de brasileiros (Oliveira, 2018).

No SUS, a nível municipal, é perceptível a ideia de descentralização, prevista constitucionalmente, uma vez que o município é aquele que está mais próximo da população que as demais esferas políticas, e, portanto, consegue realizar uma gestão mais efetiva (Barata, Tanaka & Mendes, 2004). No entanto, no que remete à sua execução, Bodstein (2002) discute sobre a prestação de contas, eficiência e responsabilidade na utilização dos recursos públicos, principalmente em relação ao desempenho das prefeituras e capacidade de gestão local, uma vez que se trata de recursos finitos e escassos que exigem grande esforço por parte dos gestores na definição de métricas de acompanhamento e desenvolvimento dos serviços.

Quando se fala em orçamento público, associa-se orçamento ao planejamento do capital destinado à prestação dos serviços e aquisição de bens para cumprir os objetivos da administração pública para com a sociedade. Dessa forma, pode-se subentender que esse investimento vai desde o pagamento dos servidores, até a estrutura física, o número de leitos, medicação, aquisição de equipamentos, entre outros. Além disso, é interessante compreender o conceito de financiamento da saúde, que pode ser entendido como as fontes de recursos para pagamentos, podendo este ser realizado tanto pelo Estado com a coleta de impostos, quanto pelas famílias na aquisição direta de serviços de saúde, medicamentos, planos privados de saúde, e pelas empresas, quando adquirem planos coletivos para seus funcionários (Giovanella *et al.*, 2012). Seja individualmente, ou por meio dos consórcios, os municípios devem permitir que a população tenha acesso aos benefícios previstos legalmente. Todavia, sabe-se que nem todos os serviços necessários estão disponíveis, mesmo para aqueles que possuem recursos para adquirir de forma privada. Existem locais em que não há oferta de serviços de saúde, como exposto por Medeiros *et al.* (2018).

No que remete ao Estado, sabe-se que os recursos são finitos e escassos, portanto é importante saber onde investir e quais atividades, serviços e programas disponibilizar universalmente (Bodstein, 2002). Segundo a autora, há divergências entre os princípios e a prática das atividades realizadas pelo SUS enquanto política pública, e, nessa circunstância, considerando as desigualdades sociais e regionais do país, deve-se definir uma agenda que atenda adequadamente a demanda de cada cidadão.

Bodstein (2002) fala ainda das dificuldades de definir métodos que garantam integralmente os princípios constitucionais, já que ocorrem diversas mudanças no ambiente, desempenho e gestão dos serviços prestados pela administração. Dessa forma, é exigido grande esforço por parte dos gestores na definição de indicadores para planejamento e controle de investimentos para manutenção, expansão ou melhoria dos serviços, número de profissionais disponíveis, de formulação e execução de programas básicos de saúde pública, de desenvolvimento de projetos intersetoriais e de promoção à saúde, além da participação da comunidade.

Na esfera municipal, Pierro (2017) menciona a preocupação com a judicialização nos municípios de pequeno porte, uma vez que uma determinada demanda pode comprometer boa parte do orçamento do município. Os municípios encontraram como forma de redução de gastos o consórcio intermunicipal, onde vários pequenos municípios se unem para conseguirem fornecer mais serviços e reduzir os litígios. Foi criado, inclusive, um conselho para conciliação das demandas antes de irem ao judiciário, visando a redução dos gastos e tempo despendido pelas partes envolvidas.

Rabay, Santos, Tavares e Rorato (2018) realizaram estudo sobre os impactos da judicialização da saúde, com base em dados divulgados pelo Tribunal de Contas da União em 2015. Foi identificado que maior parte das ações demandadas visam o atendimento de solicitações individuais, solicitações essas com tutela antecipada sem pedido de informações complementares e com alta taxa de sucesso, isto é, maior parte dos juízes decidem a favor do requerente. Devido a maior parte das causas ser individual, entre outras razões determinantes, a quantidade de processos recebidos pelo Ministério da Saúde, aumentaram de 5.967 para 12932, em um período de 4 anos, contados de 2010 a 2014.

Com esse aumento de casos, conseqüentemente aumentaram os gastos do Ministério, que, para cumprir as determinações judiciais passou a desembolsar 107 milhões de reais em 2010 para mais de 01 bilhão de reais em 2015, um aumento de 906 milhões. Os autores afirmam que o controle administrativo que o Ministério e secretarias da saúde detém sobre as ações judiciais é insuficiente, e, devido ao considerável aumento observado no período de análise, é preciso realizar um controle fiscal e administrativo mais preciso, de forma a mitigar os impactos orçamentários.

Um indicador que vale destaque na pesquisa realizada por Rabay, Santos, Tavares e Rorato (2018), é que os processos judiciais tramitados no período de análise são, majoritariamente, relativos a ferramentas curativas. Ou seja, quando se trata de insumos e ações de cunho recuperativo, quando o cidadão já possui uma enfermidade e precisa de tratamento, tais como medicamentos e cirurgias. Quando há predomínio dessas atividades, supõe-se que (1) há apenas uma pequena parcela da população que se preocupa com medidas preventivas, neste caso podemos exemplificar com exames de prevenção a câncer, vacinação, entre outras; (2) há uma boa cobertura por parte do SUS das medidas preventivas, neste caso poucas situações seriam cabíveis de processo; (3) as medidas de prevenção tendem a ser mais baratas, e os indivíduos optam por arcar com a despesa; (4) há maior cobertura por parte dos planos privados de saúde; e/ou (5) falta de acesso a informação sobre os serviços disponíveis e meios judiciais de obtenção dos insumos/serviços não ofertados, portanto poucas pessoas saberiam que podem recorrer a seus direitos que não foram cumpridos adequadamente.

Assim, as ações de caráter preventivo mostram-se mais efetivas. Segundo pesquisa apresentada pelo Banco Mundial (1993) observa-se que campanhas de imunização salvam cerca de 3 milhões de vidas por ano, assim como campanhas de conscientização reduzem as enfermidades provenientes do uso de drogas, e práticas de esportes e alimentação saudáveis proporcionam um envelhecimento saudável. A medicina preventiva impacta positivamente na redução dos gastos com assistência em saúde (Oliveira, 2018).

Os membros do Ministério Público de Porto Alegre arguem que a saúde engloba ações em saúde, que se refere aos atendimentos médicos propriamente ditos (cirurgias, medicação, consultas, vacinação, disponibilidade de postos de atendimento) e condicionantes da saúde, que seriam outras atividades essenciais, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, lazer, etc. Segundo os relatos, o não fornecimento dos serviços condicionantes também implicam infração aos direitos previstos, o que é passível de demanda judicial (Asensi, 2010).

Dessa forma, estima-se que quanto menor o grau de investimento em ações e condicionantes de saúde, maior é o volume de judicialização, levantando a hipótese H1: *a relação entre o grau de investimento em saúde e o volume de judicialização é negativa*. Ou seja, quanto mais é investido em prevenção, menos pessoas adoecem, e menores os gastos com demandas judiciais. Para validar ou refutar a hipótese são exploradas as variáveis população, renda per capita, taxa de investimento assistência hospitalar, e taxa de investimento atenção básica.

2.2 Vulnerabilidade socioeconômica e judicialização

Ao conceituar vulnerabilidade, Bertolozzi (2006) traz uma nova definição, deixando de lado a interpretação de vulnerabilidade apenas como risco, mas como um conjunto de aspectos ambientais e humanos que deixam a comunidade suscetível a doenças, complementando também com a ideia de ausência/deficiência dos recursos destinados à proteção das pessoas, não só no âmbito público, mas também no privado. O autor ressalta a importância em se estudar o conceito de vulnerabilidade, com a ideia de integração dos planos individuais aos programas e políticas de saúde.

Há ainda, o fornecimento de seguros de saúde pelo setor privado, que vem mostrando crescimento segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reguladora do serviço de saúde suplementar, mostrando um crescimento de 16,58% de 2000 a 2016 (Maria, Araujo, Felix, & Pereira, 2018). Moraes (2016) em pesquisa realizada com grupo focal composto por diversos participantes dos processos judiciais, obteve opiniões sobre a prestação de serviços privados de saúde, e cita, inclusive, a responsabilidade da operadora pela negativa de atendimento, uma vez que os usuários contatam o meio judiciário quando não obtém tratamento. Os participantes do grupo afirmam que as operadoras deveriam arcar com os gastos que o ministério da saúde possa ter tido com o fornecimento do serviço, e dessa forma seriam reduzidos custos do ministério.

No que tange à tomada de decisão, nos processos judiciais da saúde, Chieffi & Barata (2009) dizem que os juízes não observam as limitações orçamentárias do SUS, o que pode interferir negativamente no planejamento das políticas de saúde. As autoras dizem ainda que não é avaliada a condição financeira do paciente, o que, comparado aos dados apresentados por Campos Neto et al. (2012), comprovam que das 2.412 ações judiciais estudadas, maior parte dos atendimentos foram realizados por médicos e advogados do setor privado. Machado et al. (2011), em estudo que tinha objetivo de identificar o perfil dos requerentes de medicamentos judicialmente em MG revelou que mais de 70% dos requerentes foram atendidos pelo serviço privado de saúde, e 60% foram representados por advogados particulares, dados esses que levam a entender que pode haver desigualdade no tratamento, visto que todos os indivíduos são iguais perante a lei, mas alguns necessitam mais de determinados serviços, e podem ser prejudicados em relação à outros que tem recursos financeiros mas optam pelo meio judicial.

Sendo assim, Chieffi & Barata (2009) sugerem que deve haver uma análise que permita aos serviços de saúde, uma espécie de filtro, que busque conhecer as necessidades das diferentes classes sociais, e distribua os recursos de forma equitativa, proporcionando “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde, como prevê o artigo 196, da Constituição (1988). Os especialistas participantes do grupo focal realizado por Moraes (2016) corroboram essa afirmação, uma vez que sugerem que deve haver uma parceria entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério de Saúde (MS) na qual a ANS forneceria dados sobre os usuários de planos de saúde, de forma a agilizar os processos por parte do MS, criando um portfólio das situações e decisões cabíveis.

Narvai (2013) propõe que deve ser realizado inquérito populacional para conhecer o perfil epidemiológico de cada região e identificar as necessidades. Essa pesquisa servirá como instrumento de auxílio na gestão dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde, de forma a adotar medidas que privilegiem as necessidades reais da comunidade. Vale ressaltar que a adoção desse sistema depende de recursos financeiros disponíveis para a pesquisa, o que, em uma análise custo benefício pode desfavorecer sua utilização.

Outra questão que deve ser abordada, quando se fala na fragilidade do sistema de saúde, é a existência de locais que não possuem atendimento nem público nem privado, como no estudo de (Medeiros et al., 2018) em uma população ribeirinha na Amazônia. O estudo afirma que o acesso à saúde na zona rural é pior do que a de zona urbana, devido ao tamanho da população, dificuldade de acesso, distância entre outros fatores impeditivos do bom

desempenho dos programas. Ele ainda apresenta dados de que para onde havia cem mil pessoas (quarenta e sete mil na zona rural), havia apenas vinte e cinco unidades de atendimento (treze postos e doze centros de saúde), com dezoito médicos, vinte e cinco enfermeiros e dez dentistas, e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a quantidade ideal para atender a essa população seria de cem médicos e quinhentos enfermeiros, o que mostra a ineficiência dos órgãos responsáveis. Sem mencionar que boa parte da população é de baixa renda, 60,6% das famílias tinham um rendimento mensal menor que R\$ 880,00, situação essa que restringe a busca por planos privados devido aos recursos financeiros escassos.

Dito isso, levanta-se a hipótese H2: *a relação entre o grau de vulnerabilidade socioeconômica e o volume de judicialização é positiva*. Ou seja, quanto mais vulnerável, maior o volume de processos. A confirmação da hipótese indicaria que a falta de acesso e recursos leva aos pleitos judiciais, sendo necessária a intervenção jurídica para solucionar questões que deveriam ser planejadas, de forma que não houvesse necessidade de transferir recursos para atender uma demanda individual ao invés de investimento em apoio ao coletivo.

2.3 Estrutura de acesso à justiça e judicialização

O Sistema judiciário brasileiro é caracterizado em entrância comum e especial. A entrância comum é dividida em primeiro grau, no qual estão inseridos a justiça estadual, federal, da união, distrito federal e territórios e, em segundo grau, onde estão tribunais federais e regionais. Na entrância especial, pode-se citar os tribunais superiores do trabalho (TST), eleitoral (TSE), militar (STM), justiça (STJ) e o Supremo Tribunal Federal (STF). (Gomes & Freitas, 2017). Assim, grau de entrância de uma comarca reflete a estrutura judicial que esta possui em termos de juízes e servidores de apoio.

A estrutura de acesso à justiça é composta por diversos agentes, cada qual com seu papel. De acordo com Machado (2015), podemos citar ao Poder judiciário a responsabilidade de julgar favorável ou desfavorável determinada solicitação. A defensoria pública e os escritórios de advocacia a defesa dos interesses dos demandantes. Já o Ministério Público exerce papel no atendimento aos interesses coletivos, e aos direitos constitucionais. Os grupos da sociedade civil e associações buscam melhorias, como inclusão de novos serviços específicos de saúde, e tem participação ativa tanto nas questões judiciais, quanto no legislativo.

Conforme mencionado anteriormente, a Defensoria Pública e o Ministério Público são órgãos que promovem a participação e a garantia da igualdade de direitos aos cidadãos em vulnerabilidade social, uma vez que esses indivíduos não possuem recursos para arcar com defesa particular (Cardoso, 2014). A criação da CF 1988 deu acesso a direitos que antes não eram assegurados, portanto, houve um aumento da demanda de processos no judiciário o que tornou os processos ainda mais morosos. Esse crescimento da demanda, demonstra uma deficiência por parte do governo em dar suporte a serviços básicos como acesso à saúde, educação, entre outros. (Gomes e Freitas, 2017)

Beenstock (2001), discute em seu estudo sobre o judiciário de Israel, que os juízes concluem maior número de processos quando estão sob pressão, e quando há um menor número de processos pendentes, eles tendem a ser mais lentos em suas decisões. Com base nos intervalos de pesquisa, histórico anterior e projeções do número de litígios estudados, o autor afirma que pode haver redução do número de juízes, e que os restantes conseguem trabalhar para suprir a ausência dos demais. No entanto o pesquisador observa que com a redução de juízes e pressão para produtividade, há uma perda de qualidade em relação aos julgamentos. Comparando com o cenário brasileiro, Gomes et. al (2019) informa que quanto maior o número de profissionais nas maiores unidades, maior o congestionamento, corroborando a afirmação de Beenstock. Sendo assim, com base nos estudos apresentados, são levantadas três hipóteses em relação a estrutura de acesso a justiça e volume de judicialização da saúde (H3), sendo:

H3a) *a relação entre quantidade de juízes por comarca e volume de processos de judicialização por comarca é positiva.* Ou seja, estima-se que quanto maior o número de juízes, maior o volume de processos tramitados na comarca.

H3b) *a relação entre quantidade unidades de Defensoria Pública por comarca e volume de processos de judicialização por comarca é positiva.* Essa hipótese indica que quanto mais unidades de Defensoria Pública na região que a comarca atende, maior o número de processos demandados na comarca.

H3c) *a relação entre quantidade unidades do Ministério Público por comarca e volume de processos de judicialização por comarca é positiva.* Assim como na hipótese anterior, imagina-se que quanto maior for o número de unidades do Ministério Público, maior será a demanda judicial.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste estudo explicativo-descritivo buscou investigar a relação entre o volume de judicialização na área de saúde nas comarcas do judiciário no estado de Minas Gerais e variáveis que explicam este volume, a saber: o grau de investimento em saúde, estrutura de acesso a justiça, nível de vulnerabilidade social local, quantidade de juízes por comarca, quantidade unidades de defensoria pública e a quantidade unidades do Ministério Público por comarca.

O objeto de análise escolhido para realização do estudo foram as comarcas do Estado de Minas Gerais (dados censitários). Minas Gerais é um dos estados com representatividade de destinação de recursos do Executivo para a judicialização, cerca de 8% do orçamento da saúde pública em 2017 (SAUDE-MG, 2018) e também possui um dos Comitês de Saúde mais atuantes para discussão da temática, com representantes dos diferentes níveis do Executivo, de planos de saúde, centros de pesquisa e Judiciário (Pierro, 2017).

A coleta de dados se deu por meio de pesquisa documental, *de fonte primária*, em relação ao volume de processos sobre judicialização da saúde por comarca, compreendendo as decisões monocráticas de segunda instância no período de 2015 a 2017. Para tanto, desenvolveu-se um programa do tipo *web crawler* (Thelwall, 2001), rastreador, para navegar no link de busca e realizar consultas por termo “saúde” e extrair os processos de todas as páginas geradas pelo portal do TJMG no período de análise. A pesquisa documental também foi utilizada para coletar dados secundários sobre as demais variáveis do estudo, que foram tratados, conforme demonstra o quadro 01, tendo como fonte os bancos de dados públicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais (DPMG), e Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG). As variáveis foram categorizadas e conceituadas conforme sua dimensão analítica, características da variável (nome, relação de dependência ou independência no modelo, descrição conceitual e fonte de dados, conforme pode-se observar no quadro 1.

Quadro 1: Operacionalização do modelo proposto

| Dimensão | Variável | Descrição da variável | Fonte |
|-------------------------------|--|--|--|
| Judicialização da Saúde | Número de processos (dependente, QProc) | Quantidade de processos tramitados entre 2015 e 2017 | Dados primários: número de decisões de processos judiciais por comarca. Dados extraídos por <i>webcrawler</i> do site TJMG |
| Estrutura de Acesso à Justiça | Número da entrância (independente, NEntra) | Classificação da entrância em que os juízes atuam (primeira, segunda e especial) | Dados secundários: lista de magistrados do interior e capital, divulgada pelo TJMG em |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| | | | 20/05/2019 e 16/07/2019, respectivamente |
| Estrutura de Acesso à Justiça | Juízes por comarca (independente, QJuiz) | Número de juízes atuantes por comarca da capital e interior do Estado de Minas Gerais | Dados secundários: lista de magistrados do interior e capital, divulgada pelo TJMG em 20/05/2019 e 16/07/2019, respectivamente |
| Estrutura de Acesso à Justiça | Unidades da Defensoria Pública (independente, U_DP) | Número de estabelecimentos da Defensoria Pública por comarca. Obtido pela soma das unidades dos municípios que compõem a comarca | Dados primários: soma do número de unidades por comarca. Gerada a partir da relação de municípios que possuem unidades do Ministério Público, disponível no site do DPMG (2019) |
| Estrutura de Acesso à Justiça | Unidades do Ministério Público (independente, U_MP) | Número de estabelecimentos do Ministério Público por comarca. Obtido pela soma dos estabelecimentos dos municípios que compõem a comarca | Dados primários: soma do número de unidades por comarca. Gerada a partir da relação de municípios que possuem unidades do Ministério Público, disponível no site do MPMG (2019) |
| Perfil demográfico comarca | População (independente, controle, LogPOP) | Calculado pela estimativa média de habitantes dos municípios que compõem a comarca nos anos de 2015, 2016 e 2017 | Dados primários (função logarítmica) criados a partir de dados do IBGE (2019): relação de habitantes dos municípios mineiros, agrupados por comarca |
| Vulnerabilidade socioeconômica | Renda per capita (independente, LogRPC) | Calculado pela renda per capita média dos municípios que compõem a comarca nos anos de 2015, 2016 e 2017 | Dados primários (função logarítmica) criados a partir de dados do IBGE (2019): relação de habitantes dos municípios mineiros, agrupados por comarca |
| Estrutura de saúde pública | Taxa de investimento atenção básica (independente, TIABS) | Percentual destinado à serviços básicos de saúde dos municípios que compõem a comarca nos anos de 2015, 2016 e 2017 | Dados primários (função logarítmica) criados a partir de dados municipais coletados na plataforma SIOPS (2019), agrupados por comarca. |
| Estrutura de saúde pública | Taxa de investimento assistência hospitalar e ambulatorial (independente, TIAHA) | Percentual destinado à assistência hospitalar e ambulatorial dos municípios que compõem a comarca nos anos de 2015, 2016 e 2017 | Dados primários (função logarítmica) criados a partir de dados coletados na plataforma SIOPS (2019) |

Conforme supracitado, o universo da pesquisa foi o estado de Minas Gerais, e as unidades de análise (entidades) foram as 296 comarcas, distribuídas nos 853 municípios mineiros. Foram coletados dados dos anos de 2015 a 2017, sendo obtidas 573 observações válidas distribuídas em um painel desbalanceado em valores anuais acumulados. A organização e tratamento dos dados (integração, padronização, distribuição das informações de município para comarca) foi realizada por meio do software *Microsoft Excel*, e o processamento dos modelos estatísticos (análise descritiva, matriz de correlação, regressão de dados em painel, testes de especificação e testes para verificação de qual melhor estimador entre Mínimos quadrados Ordinários – MQO ou efeito *pooling*, por Efeitos Fixos – EF e Efeitos Aleatórios – EA) foram realizados via software Stata v.11.

Além das análises descritiva dos dados e da matriz de correlação, inicialmente processou-se as regressões nos três modelos de estimação descritos (Pooled, EF e EA) para verificação dos pressupostos de modelos de regressão múltipla de dados em painel por meio dos seguintes testes de especificação: Teste de autocorrelação (Wooldridge test for

autocorrelation in panel data), cujo resultado (*p-value* 0,0261) sugeriu a ausência de autocorrelação residual a 95% de confiabilidade. Teste de multicolinearidade avaliado pelo teste VIF e pela verificação da matriz de correlação no qual observou-se que não houve nenhuma associação entre as variáveis explicativas com $R > 0,75$ e os resultados do teste VIF para todas as variáveis foram entre 1 e 3 com média 1,71 o que pressupõe ausência de colinearidade. Por fim, processou-se o teste de heterocedasticidade ajustado de Wald (Gujarati, 2006) que sugeriu a 95% de confiabilidade (*p-value* 0,0109) ausência de heterocedasticidade que os dados são homocedásticos. Uma vez atendidos os requisitos dos testes de especificação, prosseguiu-se as discussões sobre a análise de qual modelo de estimação de regressão de dados em painel seria mais adequado ao objetivo em questão, comparando-se e testando-se então as estimações Pooled, EF e EA.

O efeito *pooling* (Mínimos Quadrados Ordinários - MQO) pressupõe que as variáveis tenham o mesmo coeficiente angular (Beta). Já o modelo de estimação por efeitos fixos - EF, extrai das variáveis explicativas as características invariantes no tempo a fim de verificar o efeito líquido dessas variáveis (Torres-Reyna, 2007), considera a individualidade das observações (casos, comarcas). Ao usar a EF, assume-se que algo dentro do indivíduo pode impactar ou influenciar o preditor ou variáveis de resultado e precisa-se controlar isso. Enquanto as estimações por efeitos aleatórios - EA considera a heterogeneidade das variáveis (o grau de investimento em saúde, estrutura de acesso a justiça, nível de vulnerabilidade social local, quantidade de juízes por comarca, quantidade unidades de defensoria pública e a quantidade unidades do Ministério Público por comarca) presume-se que a variação entre entidades seja aleatória e não correlacionada com o preditor ou variáveis independentes incluídas no modelo.

Os resultados dos testes Teste LM (*p-value*: 0,0000) e Teste de Chow (*p-value*: 0,0000) sugeriram a 99% de confiabilidade que as estimações EF e EA apresentaram melhor aderência quando comparados ao modelo de estimação *pooled*. Sendo assim descartou-se a estimação por MQO e comparou-se então os resultados das estimações por EF com EA. A escolha entre as estimações por EF e EA se deu pela observação dos resultados (Coeficientes e significância dos mesmos) bem como por discussão teórica. Sendo assim, escolheu-se usar os resultados das regressões de dados em painel pela estimação por EA partindo-se da constatação que a variação entre os indicadores foi aleatória e não correlacionada com os preditores ou variáveis independentes incluídas no modelo (o grau de investimento em saúde, estrutura de acesso à justiça, nível de vulnerabilidade social local, quantidade de juízes por comarca, quantidade unidades de defensoria pública e a quantidade unidades do Ministério Público por comarca).

Assume-se assim que na estimação por Efeitos aleatórios, o termo de erro não está correlacionado com os preditores, que são variáveis invariantes no tempo. Por fim, constatou-se que as diferenças entre entidades (comarcas do judiciário e municípios) influenciaram a variável dependente do modelo (número de processos por juiz por comarca) (Torres-Reyna, 2007) sendo, desta maneira, o modelo de estimação por EA o mais especificado para tal condição.

4 RESULTADOS

Com relação a análise descritiva, quanto a estrutura da justiça, verificou-se uma quantidade de processos judiciais de saúde (Qproc) média de 3,94 processos por comarca com um coeficiente de variação de 146 % sendo o mínimo de um processo e o máximo de 75 processos, o que denota o caráter heterogêneo da demanda de processos por comarca. Verificou-se uma quantidade média de juízes por comarca (Qjuiz) de 2,97 com um coeficiente de variação de 145 %, sendo o mínimo de um juiz por comarca e o máximo de 31 juízes o que reforça o argumento da heterogeneidade da estrutura de acesso à justiça nas comarcas mineiras.

Quadro 01: Estatísticas descritivas das variáveis do modelo

| Variável | Número de observações | Média | Desvio-padrão | Mínimo | Máximo |
|----------|-----------------------|----------|---------------|--------|--------|
| Qproc | 573 | 3.940663 | 5.794557 | 1 | 75 |
| Nentra | 573 | 1.561955 | 0.667752 | 1 | 3 |
| Qjuiz | 573 | 2.973822 | 4.326008 | 1 | 31 |
| U_DP | 573 | 0.210904 | 0.400025 | 0 | 4 |
| U_MP | 573 | 0.823678 | 0.859634 | 0.02 | 7 |
| LogPOP | 573 | 4.270576 | 0.392954 | 3.59 | 6.4 |
| logRPC | 573 | 2.84171 | 0.117038 | 2.51 | 3.24 |
| TIABS | 573 | 31.72265 | 52.97257 | 0 | 348.42 |
| TIAHA | 573 | 64.16337 | 109.5735 | 0 | 797 |

A respeito da dimensão Estrutura de Acesso à Justiça, verificou-se uma média de 0,21 unidades de defensoria pública por comarca (U_DP), tendo o intervalo mínimo de nenhuma unidade e máximo de quatro unidades por comarca e 0,82 unidades de ministério público (U_MP) tendo o intervalo mínimo de quase nenhuma unidade e máximo de sete unidades por comarca. Evidencia-se assim que há comarcas onde não há o acesso a estes órgãos promotores da justiça devendo os demandantes deslocarem para outras localidades e uma maior possibilidade de acesso a justiça pelo Ministério Público, evidenciado pela maior amplitude e maior média se comparado às unidades de Defensoria Pública no estado de Minas Gerais. Sobre o Investimento em saúde, verificou-se média de 31,72 de taxa de investimento atenção básica em saúde (TIABS) com um coeficiente de variação de 166 % e média de 64,16 de taxa de investimento assistência hospitalar e ambulatorial (TIAHA) com um coeficiente de variação de 171 %. Foi verificado uma significativa amplitude nas duas variáveis, denotando assim denota o caráter heterogêneo do investimento em saúde nos municípios mineiros agrupados nas comarcas.

Quadro 02: Resultados da Regressão de dados em painel por Efeitos aleatórios

| Variáveis explicativas | Coefficiente Regressão | Desvio padrão | t | P> t | [95% Conf. | Intervalo |
|------------------------|------------------------|---------------|-------|-------|------------|-----------|
| NEntra | -0.737068 | .4543085 | -1.62 | 0.105 | -1.627497 | 0.1533594 |
| QJuiz | 0.5115603 | .0672377 | 7.61 | 0.000 | 0.3797769 | 0.6433437 |
| U_DP | -2.35549 | 0.547445 | -4.30 | 0.000 | -3.428466 | -1.282521 |
| U_MP | -1.867835 | 0.247554 | -7.55 | 0.000 | -2.353033 | -1.382638 |
| LogPOP | 2.713316 | 0.632774 | 4.29 | 0.000 | 1.4731 | 3.953532 |
| logRPC | 3.841824 | 1.755452 | 2.19 | 0.029 | 0.4012014 | 7.282446 |
| TIABS | 0.0089858 | 0.005373 | 1.67 | 0.094 | -0.0015459 | 0.0195174 |
| TIAHA | 0.0041833 | 0.002655 | 1.58 | 0.115 | -0.0010208 | 0.0093873 |
| _cons | -17.45232 | 5.668511 | -3.08 | 0.002 | -28.56239 | -6.342241 |

R-sq:
 Within = 0.3103
 Between = 0.9275
 Overall = 0.3368

F test Wald chi2= 286.44
 Prob > chi2 = 0.0000

Sobre dimensão Investimento em Estrutura de Saúde e sua relação com a judicialização foram testadas as variáveis taxa de investimento atenção básica em saúde (TIABS) e taxa de investimento assistência hospitalar e ambulatorial (TIAHA). Verificou-se coeficiente positivo e significativo a 10 % (*p-value*: 0,094) na relação entre taxa de investimento atenção básica em

saúde (TIABS) e o volume de judicialização (QProc). A variável taxa de investimento assistência hospitalar e ambulatorial (TIAHA) mostrou-se não significativa, portanto, sem efeito na variável quantidade de processos ou o volume de judicialização (*p-value*: 0,115).

Esperava-se que quanto menor o grau de investimento em ações e condicionantes de saúde, maior seria o volume de judicialização, conforme evidenciado na hipótese H1. Contudo os resultados evidenciaram que a relação entre o grau de investimento em saúde e o volume de judicialização foi positiva, denotando assim que a taxa de investimento em prevenção (TIABS) foi positivamente relacionada a demandas judiciais da saúde, sugerindo-se a assim a rejeição da hipótese H1. Isso ressalta os apontamentos de outros estudos (Chieffi e Baratas, 2009; Machado e Dain, 2012) de que a judicialização ainda é predominada por grupos ou regiões com menor vulnerabilidade, posto que regiões com melhor estrutura de saúde são justamente as que mais judicializam, o que corrobora com a análise sobre renda *per capita* a seguir.

Na dimensão Vulnerabilidade Socioeconômica e sua relação com a judicialização, foram testadas as variáveis população (logPOP) e renda per capita (logRPC). Verificou-se coeficientes positivos e significativos nas duas variáveis em questão, evidenciando que regiões mais populosas (*p-value*: 0,000) e com maior renda per capita (*p-value*: 0,029) têm maiores volumes ou demandas de processos de judicialização da saúde. Ressalta-se que as duas variáveis apresentaram os maiores coeficientes positivos e significativos do modelo de regressão. Logo, regiões com menor vulnerabilidade econômica são as que possuem menor volume de judicialização.

Esperava-se que o grau de vulnerabilidade socioeconômico fosse determinante no volume de judicialização, ou seja que fossem obtidos coeficientes negativos nestas duas variáveis (logPOP) e (logRPC). Contudo, os resultados refutaram tal suposição, evidenciando que quanto mais vulnerável, menor o volume de processos de judicialização da saúde. Os resultados sugerem que regiões com maior concentração populacional, característica de cidades polo e metrópoles, e com maior renda per capita possuem maior volume de processos de judicialização da saúde. Considerando o aspecto da vulnerabilidade, infere-se que regiões com maior vulnerabilidade econômica (renda per capita) possuem menor judicialização, rejeitando-se assim a hipótese H2. Não se confirma a suposição de que a falta de acesso e recursos econômicos em termos de renda per capita leva aos pleitos judiciais, sendo necessária a intervenção jurídica para solucionar questões que deveriam ser planejadas, de forma que não houvesse necessidade de transferir recursos para atender uma demanda individual ao invés de investimento em apoio ao coletivo.

Com relação à dimensão Estrutura de Acesso à Justiça e sua relação com a judicialização, foram testadas as variáveis entrância (Nentra), quantidade de juízes por comarca (QJuiz), variáveis quantidade unidades de Defensoria Pública por comarca (U_DP) e quantidade unidades do Ministério Público por comarca (U_MP). Verificou-se coeficiente positivo e estatisticamente significativo a 1 % (*p-value*: 0,000) entre a quantidade de juízes por comarca e o volume de processos de judicialização da saúde, evidenciando que a quanto maior o número de juízes de uma região maior a demanda por judicialização sugerindo a aceitação da hipótese H3a. Verificou-se coeficiente estatisticamente não significativo na variável, entrância, (*p-value*: 0,105) o que denota que não houve relação entre as instâncias do judiciário e o volume de processos de judicialização de saúde por comarca sendo, portanto esta variável foi excluída da análise.

Obteve-se coeficientes negativos e estatisticamente significativos a 1% nas variáveis quantidade unidades de Defensoria Pública por comarca (*p-value*: 0,000) e quantidade unidades do Ministério Público por comarca (*p-value*: 0,000) evidenciando que quanto mais unidades menor o volume de processos de judicialização de processos da saúde por comarca. Esperava-se que tal relação fosse positiva, partindo-se do pressuposto que quanto mais unidades de Defensoria Pública e Ministério Público na região que a comarca atende, maior a estrutura de

acesso à justiça e, portanto, maior o número de processos demandados na comarca. Em função dos resultados encontrados nestas variáveis sugerirem o contrário, rejeitam-se as hipóteses H3b e H3c.

Nas hipóteses H3b e H3c verificou-se relação negativa entre o número de unidade de Ministério Público e Defensoria pública, diferente da relação teórica positiva prevista. Ao observar o comportamento das variáveis, acredita-se que um volume maior de unidades do MP e DP possibilitem que esses órgãos possam estar atuando de forma preventiva, juntamente com os stakeholders promotores da saúde, como secretarias de saúde, mediando conflitos e reduzindo o volume de judicialização.

5 CONCLUSÕES

Neste estudo, buscou-se investigar a relação entre vulnerabilidade socioeconômica (renda per capita), estrutura de saúde pública (taxas de investimento em saúde), estrutura de acesso à justiça (juízes por habitante, unidades de Defensoria e Ministério Público por comarca) e o volume de processos por comarca no Estado de Minas Gerais.

Observou-se, conforme alguns apontamentos de estudos empíricos, que a judicialização da saúde tem maior volume de processos em regiões com menor vulnerabilidade econômica e maior investimento em estrutura de saúde, diferentemente do levantamento teórico de suporte das hipóteses do estudo. Ainda, observou-se que regiões com menor estrutura de acesso a justiça possuem maior volume de judicialização. Assim, as hipóteses teóricas foram refutadas.

Acredita-se que o estudo seja relevante por considerar aspectos regionais inerentes às características estruturais das comarcas em termos de renda per capita, investimentos em saúde pública e instituições de acesso à justiça gratuita, como Defensoria Pública e Ministério Público. Embora não tenham sido contemplados dados sobre o perfil socioeconômico dos demandantes, acredita-se que a estrutura pública de saúde local influencie tais demandas, posto que envolve parcerias público privadas na execução de políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

Como agenda de estudos futuros, sugere-se a inclusão de outras variáveis referente à estrutura de saúde pública e características demográficas da população, como as do cadastro de políticas de assistência social. É relevante a disponibilização de dados agrupados em plataformas públicas que evidenciem o perfil dos demandantes desse tipo de litígio e possibilitem uma discussão mais ampla da judicialização, suas interfaces e impactos na política pública e planejamentos futuros que possibilitem a garantia equitativa do acesso à saúde pelos cidadãos, como descrito no texto constitucional.

REFERÊNCIAS

- Asensi, F. D. (2010). *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas.
- Barata, L. R. B., Tanaka, O. Y., & Mendes, J. D. V. (2004). Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(1), 15-24. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000100003>
- Beenstock, M. (2001). The Productivity of Judges in the Courts of Israel. *Israel Law Review*, 35(2-3), 249-265. doi:10.1017/S0021223700012206
- Bertolozzi, M. R. (2006). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. *Ciência e saúde coletiva*, 12(2), 319–324.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 401-412. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300002>
- Campos Neto, O. H., Acurcio, F. D. A., Machado, M. A. D. Á., Ferré, F., Barbosa, F. L. V., Cherchiglia, M. L., & Andrade, E. I. G. (2012). Médicos, advogados e indústria

- farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Revista de saúde pública*, 46, 784-790. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>
- Cappelletti, M., Garth, B. G., & Northfleet, E. G. (1988). *Acesso à justiça*. SA Fabris.
- Cardoso, L.Z.L.(2014). *Fendas democratizantes: Mecanismos de participação popular na Defensoria Pública e o equacionamento da luta social por oportunidade de acesso à justiça*. Salvador: JusPodvim.
- Carvalho, M. T. D. O. (2019). A implantação de grupo operativo como estratégia de trabalho na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Tijuco no Município de São João Del Rei/MG. <http://hdl.handle.net/1843/30313>
- Chieffi, A. L., & Barata, R. B. (2009). Judicialização da política pública de assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1839-1849. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2015). *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência (2015)*. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça.
- Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1998. (1988). Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Defensoria Pública de Minas Gerais. (2019). *Municípios*. Recuperado de: <https://defensoria.mg.def.br/index.php/espaco-cidadao/unidades-da-defensoria-de-minas/>
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. D. V. C., de Carvalho Noronha, J., & de Carvalho, A. I. (Eds.). (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Gomes, A. O., & Freitas, M. E. M. D. (2017). Correlação entre demanda, quantidade de juízes e desempenho judicial em varas da Justiça Federal no Brasil. *Revista Direito GV*, 13(2), 567-585. <https://doi.org/10.1590/2317-6172201722>
- Gomes, A., Buta, B., & Nunes, R. (2019). Relação entre demanda judicial e força de trabalho nas Justiças Estaduais no Brasil. *Cadernos Gestão Pública E Cidadania*, 24(78). doi: <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v24n78.72978>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Estimativas populacionais anuais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Tribunal de Contas da União (TCU) - MINAS GERAIS*. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-popul?=&t=downloads>
- Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Lowi, T. J. (1964). American business, public policy, case-studies, and political theory. *World politics*, v. 16, n. 4, p. 677-715.
- Lowi, T. J. (1972). Four systems of policy, politics, and choice. *Public administration*
- Machado, F. R. D. S., & Dain, S. (2012). A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 46(4), 1017-1036. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122012000400006>
- Machado, F. R. de S. (2015). Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, 9(2), 73. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i2p73-91>
- Machado, M. Á. de A., Acurcio, F. de A., Brandão, C. M. R., Faleiros, D. R., Guerra, A. A., Cherchiglia, M. L., & Andrade, E. I. G. (2011). Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 590–598. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>

- Maria, I., Araujo, M. De, Felix, D., & Pereira, A. M. (2018). *O caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal*, 28(4), 0–3.
- Medeiros, M. S. D., Augusto, L. G. D. S., Barca, S., Sacramento, D. S., Neta, I. S. S., Gonçalves, I. C., & Costa, A. M. (2018). A saúde no contexto de uma reserva de desenvolvimento sustentável: o caso de Mamirauá, na Amazônia Brasileira. *Saúde e Sociedade*, 27, 128-148. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170514>
- Meirelles, H.L. (2016). *Direito Administrativo Brasileiro*. 42º ed. São Paulo: Malheiros. Métodos quantitativos com stata®. [s.l.: s.n.].
- Ministério Público do Estado de Minas Gerais. (2019). *Endereços e telefones*. Recuperado de: <https://www.mpmg.mp.br/main.jsp?lumPageId=8A91CFD13F77590D013F7D0F042561FD>
- Moraes, I. S. D. (2016). *Judicialização da saúde: como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?*. xv, 183 f., il. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração)—Universidade de Brasília, Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22488>
- Narvai, P. C. (2013). *Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde*, 47(Supl 3), 154–160. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004447>
- Nogueira, K. P., & Camargo, E. B. (2017). Judicialização da saúde: gastos Federais para o Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2011-2014. *Cadernos ibero-americanos de direito sanitário*, 6(2), 120-132. <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i2.387>
- Oliveira, L. A. D. (2018). Ressarcimento ao SUS e os custos assistenciais das operadoras de planos de saúde no Brasil, 2006 a 2016 (Bachelor's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). <http://monografias.ufrn.br/handle/123456789/8198>
- Pandolfo, M., Delduque, M. C., & Amaral, R. G. (2012). Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Revista de salud pública*, 14, 340-349.
- Pierro, B. (2017). Parcerias entre instituições de pesquisa e a esfera pública procuram entender a judicialização da saúde e propor estratégias para lidar com o fenômeno. *Pesquisa FAPESP* 252. 18-25.
- Rabay, T., Costa dos Santos, J., Iop Tavares, D., & Micheline Real Saul Rorato, A. (2020). Impacto da Judicialização da Saúde. *Anais Do Salão Internacional De Ensino, Pesquisa E Extensão*, 10(2). Recuperado de <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/100960>
- Secchi, L. (2010). Introdução: percebendo as políticas públicas. *Políticas Públicas: conceito, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning.
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. (2019). *Atenção básica*. Recuperado de: <http://siops-sp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicMG.def>
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. (2019). *Assistência hospitalar e ambulatorial*. Recuperado de: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicMG.def>
- Soczek, D. (2008). Vulnerabilidade social e novos direitos: reflexões e perspectivas. *Espaço Jurídico Journal of Law [EJLL]*, 9(1), 19-30. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/1902>
- Thelwall, M. (2001). A web crawler design for data mining. *Journal of Information Science*, 27(5), 319-325.
- Torres-Reyna, O. (2007). Análise de dados do painel corrigida e efeitos aleatórios utilizando Stata (v. 4.2). *Serviços de Dados e Estatísticas, Princeton University*, 112.
- Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. (2019). *Lista de Juízes de Direito*. Recuperado de: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/institucional/magistratura/juizes.htm>