ARTIGOS

Submetido 26-01-2021. Aprovado 15-06-2022. Avaliado pelo processo de *double blind review*.
DOI: https://doi.org/10.12660/cgpc.v27n88.83128

VOLUME PROCESSUAL, VULNERABILIDADE E ACESSO À JUSTIÇA: RELAÇÃO ENTRE JUDICIALIZAÇÃO E ESTRUTURA DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

Procedural volume, vulnerability, and access to justice: relationship between judicialization and the health structure in Minas Gerais, Brazil

Volumen procesual, vulnerabilidad y acceso a la justicia: relación entre judicialización y estructura de salud en Minas Gerais, Brasil

Simone Tiêssa de Jesus Alves[1] | simone.jesus@uemg.br | ORCID: 0000-0001-9686-066X
Geraldo Alemandro Leite Filho[2] | geraldo.alemandro@unimontes.br | ORCID: 0000-0003-2908-7907
Yasmim Terezinha Barbosa Gomes[3] | yasmimterezinha@gmail.com | ORCID: 0000-0002-3319-0651
Renê Rodrigues Veloso[4] | rene.veloso@unimontes.br | ORCID: 0000-0001-8989-0529
Any Karoliny Silva[3] | karolinysilvaany@gmail.com | ORCID: 0000-0002-6966-7685

[1]Universidade Estadual de Minas Gerais, Faculdade de Políticas Públicas e Gestão de Negócios, Belo Horizonte, MG, Brasil
[2]Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Ciências Contábeis, Montes Claros, MG, Brasil
[3]Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Ciências da Administração, Montes Claros, MG, Brasil
[4]Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Ciências da Computação, Montes Claros, MG, Brasil

RESUMO

O direito à saúde é fundamental à vida, sendo um dos principais direitos humanos. A efetivação desse direito via sistema judiciário é um mecanismo de defesa de cidadãos para garantir que o Estado cumpra seu papel por intermédio de investimentos na estrutura de saúde e da execução de políticas públicas. Buscou-se investigar os fatores que influenciam o volume de processos de judicialização da saúde, elucidando a relação entre vulnerabilidade socioeconômica, estrutura de saúde pública e estrutura de acesso à justiça nas comarcas do estado de Minas Gerais, no período de 2015 a 2017. A pesquisa foi construída com base em dados primários e secundários sobre as variáveis do modelo. Procedeu-se à análise de dados em painéis para validação das hipóteses teóricas e discussão de resultados. Observou-se, conforme apontamentos de estudos empíricos, que a judicialização da saúde tem maior volume de processos em regiões com menor vulnerabilidade econômica, menor estrutura de acesso à justiça e maior investimento em estrutura de saúde, diferentemente do levantamento teórico de suporte das hipóteses do estudo. Esperava-se que o grau de vulnerabilidade socioeconômico fosse determinante no volume de judicialização. Sendo assim, as hipóteses teóricas foram refutadas. Sugere-se a inclusão de outras variáveis referentes à estrutura de saúde pública e de características demográficas da população, como as do cadastro de políticas de assistência social, para nova análise das hipóteses em estudos futuros.

Palavras-chave: judicialização, saúde, investimento, vulnerabilidade, justiça.

ABSTRACT

The right to health is fundamental to life, being one of the main human rights. The realization of this right by the judicial system is a mechanism for the defense of citizens to ensure that the State complies with it through investments in the health structure and the implementation of public policies. This research sought to investigate the factors that influence the volume of health judicialization processes, clarifying the relationship between socioeconomic vulnerability, public health structure, and the structure of access to justice in the regions of the state of Minas Gerais, Brazil, in the period from 2015 to 2017. The research was based on primary and secondary data of the model variables, and a panel data analysis was carried out to validate the theoretical hypotheses and discuss results. It was observed, from empirical studies, that the judicialization of health has a greater volume of lawsuits in regions with less economic vulnerability, lesser structure of access to justice, and greater investment in the health structure, differently from the theoretical survey of the study hypotheses. It was expected that the degree of socioeconomic vulnerability would be decisive in the volume of judicialization. Therefore, the theoretical hypotheses have been refuted. It is suggested to include other variables referring to the public health structure and population's demographic characteristics, such as, for example, those in the register of social assistance policies, for a new analysis of the hypotheses in future studies.

Keywords: *judicialization, health, investment, vulnerability, justice.*

RESUMEN

El derecho a la salud es fundamental para la vida, siendo uno de los principales derechos humanos. La vigencia de este derecho a través del sistema judicial es un mecanismo de defensa de la ciudadanía para asegurar que el Estado cumpla con su rol a través de inversiones en la estructura de salud y la implementación de políticas públicas. Se buscó investigar los factores que influyen en el volumen de los procesos de judicialización en salud, dilucidando la relación entre vulnerabilidad socioeconómica, estructura de salud pública y acceso a la justicia en los condados del Estado de Minas Gerais, en el período de 2015 a 2017. La investigación se se construyó a partir de datos primarios y secundarios sobre las variables del modelo, en el cual se realizó un análisis de datos de panel para validar hipótesis teóricas y discutir resultados. Se observó, según notas de estudios empíricos, que la judicialización de la salud tiene un mayor volumen de juicios en regiones con menor vulnerabilidad económica, menor estructura de acceso a la justicia y mayor inversión en estructura de salud, a diferencia del relevamiento teórico que sustenta las hipótesis. del estudio. Se esperaba que el grado de vulnerabilidad socioeconómica fuera determinante en el volumen de judicialización. Por lo tanto, las hipótesis teóricas han sido refutadas. Se sugiere incluir otras variables referentes a la estructura de salud pública y características demográficas de la población, como las del registro de políticas asistenciales, para un nuevo análisis de las hipótesis en los estudios futuros.

Palabras clave: *judicialización, salud, inversión, vulnerabilidad, justicia.*

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, por intermédio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), surgiu como forma de garantia universal da dignidade dos cidadãos, contudo a judicialização da saúde, ou seja, o 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, Legislativo, Judiciário e sociedade civil organizada, contemplando aspectos sociais, sanitários, políticos, éticos e jurídicos, tendo, portanto, múltiplas dimensões de análise (Pandolfo, Delduque & Amaral, 2012).

Entre as garantias previstas no ordenamento jurídico brasileiro, encontram-se o acesso à 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 nenhuma lesão ou ameaça a direito (Brasil, 1988; Cardoso, 2014). Os altos custos do processo não podem ser obstáculo para o acesso à justiça, pois muitos não possuem condições financeiras para contratar um advogado, que é fundamental para o processo. A solução é proporcionar assistência jurídica gratuita aos necessitados que comprovem insuficiência de recursos (Cappelletti, Garth, & Northfleet, 1988). Nesse contexto, os papéis desempenhados pelas instituições como Defensoria Pública e Ministério Público possibilitam a participação e a garantia da igualdade de acesso à justiça aos vulneráveis (Cardoso, 2014).

A pesquisa sobre judicialização da saúde conduzida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2019) constata crescimento aproximado de 130% nas demandas anuais de primeira instância (justiça estadual) relativas ao direito à saúde entre 2008 e 2017. Foram identificados 498.715 processos de primeira instância e 277.411 de segunda instância. Cabe salientar que os cidadãos são colocados em situação de vulnerabilidade de direito à saúde quando o Estado não consegue fomentar ações da política de saúde, seja por meio de atores públicos, seja por privados, que possam fornecer estrutura de saúde tanto preventiva quanto ambulatorial e hospitalar.

A vulnerabilidade pode ser definida como uma situação de exclusão ou inclusão especial dos indivíduos que não encontram amparo dos seus direitos de forma satisfatória, uma vez que possuem limitações de diversas maneiras quanto à busca por esses direitos (Soczek, 2008). Sobre esse aspecto, Vieira (2020) afiança que a qualidade da estrutura de saúde está associada ao grau de riqueza de uma região, bem como a outras características demográficas, como educação, raça, condições de habitação e de trabalho, etnia, gênero, fomentando desigualdades no acesso à saúde. Nesse sentido, entende-se que a vulnerabilidade está associada à infraestrutura de saúde disponibilizada ao cidadão, e não apenas às suas condições individuais, posto que a ausência da estrutura coletiva de saúde, pública ou privada, tornará vulnerável também os que têm recursos financeiros para despender com saúde.

Ainda, outro âmbito da judicialização deve ser ressaltado: na primeira instância, os juízes, dada a emergência da saúde dos demandantes, tendem a uma tomada de decisão mais célere e focada na necessidade do particular. Já na segunda instância, é possível ter uma decisão mais sistêmica por parte do magistrado, considerando na análise aspectos mais amplos do acesso à saúde e da estrutura disponibilizada (Alves & Guimarães, 2020). Nesse sentido, acredita-se que

a segunda instância possibilite a discussão de aspectos regionais da estrutura de saúde, seja no âmbito público, seja no privado, dado o acesso mais amplo, por parte dos desembargadores, às demandas de âmbitos coletivo e regional, mediante sua atuação em turmas recursais, bem como maior proximidade das ações dos comitês de saúde dos tribunais estaduais.

Diante do exposto, por meio deste estudo, investigou-se a relação entre vulnerabilidade socioeconômica (renda *per capita* média das comarcas), estrutura de saúde pública (taxa média 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 recursais por comarca no estado de Minas Gerais. Assim, foram objeto de análise as comarcas e suas características, buscando uma análise sistêmica do perfil regional de acesso à saúde, indo além das demandas individuais.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E HIPÓTESES

É relevante o desenvolvimento de estudos que contemplem as políticas públicas de saúde em 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 por intermédio dos objetivos da agenda do Sistema Único de Saúde (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 vão 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 a sociedade civil como atores, que discutem aspectos sociais, sanitários, políticos, éticos e jurídicos, sendo considerado um processo multidisciplinar (Pandolfo, Delduque & Amaral, 2012).

O texto constitucional, artigo 196, diz que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", e esse dever tem de ser garantido por meio de políticas públicas que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde de forma universal e igualitária. Ressalta-se o SUS, 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". O SUS pode ser considerado um avanço no que tange ao desenvolvimento de políticas públicas, mas ainda está longe de atender ao que é previsto constitucionalmente (Machado, 2015).

Apresentam-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 modo a subsidiar a compreensão deste estudo.

Investimento em saúde e judicialização

Entendem-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 da saúde dos indivíduos (Carvalho, 2019). Pode-se considerar estrutura de saúde tanto as ações fornecidas de forma gratuita pelo SUS como aquelas ofertadas por meio de seguros de saúde pelo setor privado. Em 2018, 22,6% da população portava planos de saúde, equivalente a 47,2 milhões de brasileiros (Oliveira, 2018).

No SUS, em nível municipal, há a descentralização da prestação de serviços entre os níveis do Executivo, na qual o município é o elo mais próximo do usuário, operacionalizando de forma mais efetiva as políticas públicas (Barata, Tanaka & Mendes, 2004). No entanto, no que se remete à sua execução, Bodstein (2002) discute sobre prestação de contas, eficiência e responsabilidade na utilização dos recursos públicos, principalmente em relação ao desempenho das prefeituras e capacidade de gestão local, pois 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.

Quanto ao orçamento público, associam-se o orçamento e o planejamento do capital destinado à prestação dos serviços e à aquisição de bens para cumprir os objetivos da administração pública no que tange à sociedade. Logo, pode-se subentender que esse investimento vai desde o pagamento dos servidores até a estrutura física, o número de leitos, medicação, equipamentos, entre outros. Seja individualmente, seja 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 adquiri-los de forma privada. Existem locais em que não há oferta de serviços de saúde, como exposto por Medeiros *et al.* (2018), o que evidencia a perspectiva regionalizada do fenômeno.

No que se 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 à demanda de cada cidadão. Dessa maneira, 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 determinada demanda pode comprometer boa parte do orçamento do município. Os municípios encontraram como forma de redução de gastos o consórcio intermunicipal, isto é, vários pequenos municípios se unem para conseguir

fornecer mais serviços e reduzir os litígios. Foi criado até mesmo um conselho para conciliação das demandas antes de irem ao judiciário, visando à redução dos gastos e de tempo despendido pelas partes envolvidas. Moraes (2016), em pesquisa realizada com grupo focal com *stakeholders* da saúde, constatou responsabilidades por parte das operadoras em função de negativas de atendimento, cujos usuários foram atendidos pelo SUS. O autor ressalta o papel dos recursos judiciais para que as operadoras arquem com os gastos do Ministério da Saúde no fornecimento do serviço.

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 a maior parte das ações demandadas visa ao 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 decide a favor do requerente. Como a maior parte das causas é individual, entre outras razões determinantes, a quantidade de processos recebidos pelo Ministério da Saúde aumentou de 5.967 para 12.932, em um período de quatro anos, contados de 2010 a 2014. Os autores apontam que os processos judiciais tramitados no período de análise são, majoritariamente, relativos a ferramentas curativas, no entanto a medicina preventiva impacta positivamente na redução dos gastos com assistência em saúde (Oliveira, 2018).

Quanto ao estado de Minas Gerais, o estudo do CNJ (2019, p. 25) afirma que "o assunto que aparece no maior número de processos é 'tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos'" tanto na esfera pública quanto na privada. Considerando a relevância dos investimentos em estrutura de saúde regionais, como levantado, acredita-se que:

- H1: a relação entre o grau de investimento em saúde e o volume de judicialização é negativa. Ou seja, quanto maior o volume de investimento em estrutura de saúde, menor a probabilidade com gastos em demandas judiciais.

Vulnerabilidade socioeconômica e judicialização

Ao conceituar *vulnerabilidade*, Sánchez e Bertolozzi (2007) ressaltam o entendimento amplo do termo, como um conjunto de aspectos ambientais e humanos que deixam a comunidade suscetível a doenças, complementando-o também com a ideia de ausência/deficiência dos recursos destinados à proteção das pessoas não só no âmbito público, mas também no privado. Ou seja, até cidadãos que possuem condições financeiras para adquirir um plano privado de saúde estão vulneráveis diante de enfermidades que não são cobertas pelo plano ou tratamentos que não estão disponíveis em sua região.

No que tange à tomada de decisão, nos processos judiciais da saúde, Chieffi e 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 sugerem que deve haver uma análise, uma espécie de filtro, que permita aos serviços de saúde buscar conhecer as necessidades das diferentes classes sociais e distribuir os recursos de forma equitativa, proporcionando "acesso universal e igualitário às ações e serviços" de saúde, como prevê o artigo 196 da Constituição

Federal (Brasil, 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 da Saúde, na qual a ANS forneceria dados sobre os usuários de planos de saúde, de forma a agilizar os processos por parte do Ministério da Saúde, criando um portfólio das situações e decisões cabíveis.

Andrade e Narvai (2013) propõem 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 modo 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 de custo-benefício, pode desfavorecer sua utilização.

Outra questão que deve ser abordada quando se fala da 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 o na zona urbana, por causa do tamanho da população, da dificuldade de acesso, da distância, entre outros fatores impeditivos do bom desempenho dos programas. Ele ainda apresenta que, para onde havia 100 mil pessoas (47 mil na zona rural), havia apenas 25 unidades de atendimento (13 postos e 12 centros de saúde), com 18 médicos, 25 enfermeiros e 10 dentistas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a quantidade ideal para atender a essa população é 100 médicos e 500 enfermeiros, o que mostra a ineficiência dos órgãos responsáveis. Os autores também afirmam que 60,6% das famílias são de baixa renda, com rendimento mensal menor que R$ 880, situação que restringe a busca por planos privados em razão dos recursos financeiros escassos.

Vieira (2020) também ressalta a relação entre qualidade da estrutura de saúde e grau de riqueza das regiões, assim como condições de habitação e de trabalho, gerando disparidades no acesso à saúde. Dito isso, levanta-se a hipótese:

- H2: a relação entre o grau de vulnerabilidade socioeconômica da região e o volume de judicialização é positiva. Ou seja, quanto mais vulnerável, maior o volume de processos.

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, do distrito federal e dos territórios; e em segundo grau, os tribunais federais e regionais. Na entrância especial, podem-se citar os tribunais superiores do trabalho, eleitoral, militar, da justiça e o Supremo Tribunal Federal (Gomes & Freitas, 2017). Assim, o grau de entrância de uma comarca reflete a sua estrutura judicial em termos de juízes e servidores de apoio.

Por sua vez, a estrutura de acesso à justiça é composta de diversos agentes, cada qual com seu papel. De acordo com Machado (2015), podemos atribuir ao Poder Judiciário a responsabilidade de julgar favorável ou desfavorável determinada solicitação; à Defensoria Pública e aos 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 têm 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 Constituição Federal de 1988 deu acesso a direitos que antes não eram assegurados. Portanto, houve aumento da demanda de processos no judiciário, o que tornou os processos ainda mais morosos. Esse crescimento da demanda demonstra deficiência por parte do governo em dar suporte a serviços básicos como acesso à saúde, educação, entre outros (Gomes & 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. Já quando há um menor número de processos pendentes, eles tendem a ter menor celeridade 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 a pressão para a produtividade, há perda de qualidade em relação aos julgamentos. Comparando o cenário com o brasileiro, Gomes, Buta e Nunes (2019) informam que, quanto maior o número de profissionais nas maiores unidades, maior o congestionamento, corroborando a afirmação de Beenstock (2001).

A pesquisa sobre judicialização da saúde do CNJ (2019, p. 17) aponta que a institucionalização de estruturas para a gestão da judicialização parece ser um elemento importante para a compreensão do grau de pressão exercido pela judicialização acerca da política pública de saúde. Entre as estruturas mencionadas no estudo, a atuação do Ministério Público e da Defensoria Pública tomam destaque.

Diante do exposto, propõem-se três hipóteses em relação à estrutura de acesso à justiça e ao volume de judicialização da saúde (H3):

- H3a) a relação entre quantidade de juízes por comarca e volume de processos de judicialização por comarca é positiva;
- H3b) a relação entre quantidade de unidades de Defensoria Pública por comarca e volume de processos de judicialização por comarca é positiva;
- H3c) a relação entre quantidade de unidades do Ministério Público por comarca e volume de processos de judicialização por comarca é positiva.

Logo, estima-se que, quanto maior o número de juízes e unidades de Defensoria e Ministério Público, maior o volume de processos tramitados na comarca.

METODOLOGIA

Neste estudo, buscou-se investigar a relação entre vulnerabilidade socioeconômica, estrutura de saúde pública, estrutura de acesso à justiça e o volume de processos recursais por comarca de Minas Gerais. O objeto de análise foram as 296 comarcas distribuídas nos 853 municípios do estado mineiro.

A coleta de dados deu-se por meio de pesquisa documental, de fonte primária, no tocante 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 Tribunal de Justiça de Minas Gerais no período de análise. A segunda instância foi escolhida por retratar decisões julgadas em turmas recursais, que possibilitam a percepção dos magistrados das demandas comuns de uma região, sobrepondo-se às discussões para além do pleito individual.

A pesquisa documental também foi utilizada para coletar dados secundários sobre as demais variáveis do estudo dos 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). O banco de dados apresenta o total de 2.258 processos, agrupados por comarcas, que apresentam processos de judicialização iniciados ao longo do período de 2015 a 2017, abrangendo 573 observações.

A organização e o tratamento dos dados (integração, padronização, distribuição das informações de município para comarca) ocorreram por meio do *software* Microsoft Excel, e o processamento dos modelos estatísticos – análise descritiva, 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) – foi feito via *software* Stata versão 11 (Favero, 2021).

A princípio foram realizados testes quanto à capacidade explicativa das variáveis: despesa com medicamentos, despesa total, médicos por habitante, saúde suplementar, estabelecimentos de saúde, despesa médica *per capita* e Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal de emprego, renda, saúde e educação, no entanto as variáveis não apresentaram significância explicativa quanto à variável dependente. As variáveis consideradas válidas foram categorizadas e conceituadas conforme sua dimensão analítica, como no Quadro 1. Também não se encontraram dados sobre o volume de defensores públicos nem de promotores por unidade. Assim, considerou-se a quantidade de unidades disponíveis da Defensoria Pública e do Ministério Público nas comarcas analisadas.

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 web crawler 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 da capital, divulgada pelo TJMG em 20 de maio de 2019 e 16 de julho de 2019, respectivamente
Estrutura de acesso à justiça	Juízes por comarca (independente, QJuiz)	Número de juízes atuantes por comarca da capital e do interior do estado de Minas Gerais	Dados secundários: lista de magistrados do interior e da capital, divulgada pelo TJMG em 20 de maio de 2019 e 16 de julho de 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 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 da relação de municípios que possuem unidades do Ministério Público, disponível no *site* do MPMG (2019)
Perfil demográfico da 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 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 de dados do IBGE (2019): relação de habitantes dos municípios mineiros, agrupados por comarca)

(continua)

(conclusão)

Estrutura de saúde pública	Taxa de investimento atenção básica (independente, TIABS)	Percentual destinado a serviços básicos de saúde dos municípios que compõem a comarca nos anos de 2015, 2016 e 2017	Dados primários (função logarítmica) criados 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 de dados coletados na plataforma SIOPS (2019)

Legenda: TJMG: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; DPMG: Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais; MPMG: Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

RESULTADOS

No ano de 2015, do total de 296 comarcas do estado de Minas Gerais, 235 apresentaram processos de judicialização, havendo decréscimo para 206 comarcas em 2016 e 132 em 2017. No período analisado, foram levantados 2.258 processos de judicialização da saúde nas comarcas de Minas Gerais.

As estatísticas descritivas das variáveis podem ser verificadas na Tabela 01. Quanto à estrutura da justiça, verificou-se uma quantidade de processos judiciais de saúde (Qproc) média de 3,94 processos por comarca com coeficiente de variação de 146%, sendo o mínimo 1 processo e o máximo 75 processos, o que denotou o caráter heterogêneo da demanda de processos por comarca. Viu-se a quantidade média de juízes por comarca (Qjuiz) de 2,97 com coeficiente de variação de 145%, sendo o mínimo 1 juiz por comarca e o máximo 31 juízes, reforçando também o argumento da heterogeneidade da estrutura de acesso à justiça nas comarcas mineiras.

Tabela 1. 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

(continua)

(conclusão)

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

Qproc: volume de judicialização; NEntra: entrância; Qjuiz: quantidade de juízes por comarca; U_DP: unidades de Defensoria Pública; U_MP: unidades de Ministério Público; LogPOP: população; logRPC: renda *per capita*; TIABS: taxa de investimento atenção básica em saúde; TIAHA: taxa de investimento assistência hospitalar e ambulatorial.

A respeito da dimensão estrutura de acesso à justiça, verificaram-se a média de 0,21 unidade de defensoria pública por comarca (U_DP), tendo o intervalo mínimo de nenhuma unidade e o máximo de quatro unidades por comarca, e a de 0,82 unidades de Ministério Público (U_MP), tendo o intervalo mínimo de quase nenhuma unidade e o máximo de sete unidades por comarca. Evidencia-se, assim, que há comarcas em que não se tem o acesso a esses órgãos promotores da justiça, devendo os demandantes se deslocarem para outras localidades, e que existe maior possibilidade de acesso à justiça pelo Ministério Público, salientado pela maior amplitude e maior média se comparado às unidades de Defensoria Pública.

Sobre o investimento em saúde, constataram-se média de 31,72 de Taxa de Investimento Atenção Básica em Saúde (TIABS), com coeficiente de variação de 166%, e média de 64,16 de Taxa de Investimento Assistência Hospitalar e Ambulatorial (TIAHA), com coeficiente de variação de 171%. Foi observada significativa amplitude nas duas variáveis, denotando assim o caráter heterogêneo do investimento em saúde nos municípios mineiros agrupados nas comarcas.

Inicialmente, realizaram-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 = 0,0261) sugeriu a ausência de autocorrelação residual a 95% de confiabilidade;
- teste de multicolinearidade, avaliado pelo teste VIF (*Variance Inflation Factor*) e pela verificação da matriz de correlação, no qual se observou 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;
- teste de heterocedasticidade ajustado de Wald (Gujarati, 2006), que sugeriu 95% de confiabilidade (p = 0,0109), ausência de heterocedasticidade e que os dados são homocedásticos.

Uma vez atendidos os requisitos dos testes de especificação, prosseguiu-se com 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* (MQO) pressupõe que as variáveis tenham o mesmo coeficiente angular (Beta). Já o modelo de estimação por EF extrai das variáveis explicativas as características invariantes no tempo, a fim de verificar o efeito líquido dessas variáveis (Torres-Reyna, 2007), e considera a individualidade das observações (casos, comarcas). Ao usar a EF, assume-se que algo no indivíduo pode impactar ou influenciar o preditor ou as variáveis de resultado, e precisa-se controlar isso. Enquanto as estimações por EA levam em conta a heterogeneidade das variáveis (grau de investimento em saúde, estrutura de acesso à justiça, nível de vulnerabilidade social local, quantidade de juízes por comarca, quantidade de unidades de Defensoria Pública e quantidade de unidades do Ministério Público por comarca), presume-se que a variação entre entidades seja aleatória e não correlacionada com o preditor ou com as variáveis independentes incluídas no modelo.

Os resultados dos testes LM (p = 0,0001) e de Chow (p = 0,0001) sugeriram a 99% de confiabilidade que as estimações EF e EA apresentaram melhor aderência quando comparadas ao modelo de estimação *pooled*. Sendo assim, descartou-se a estimação por MQO, e compararam-se então os resultados das estimativas por EF com EA. A escolha entre as estimações por EF e EA se deu pela observação dos resultados (coeficientes e significância), bem como por discussão teórica. Logo, escolheu-se usar os resultados das regressões de dados em painel pela estimação por EA partindo-se da constatação de 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 de unidades de Defensoria Pública e quantidade de unidades do Ministério Público por comarca). A tabela 02 apresenta os resultados do modelo de regressão adotado no estudo.

Assume-se, assim, que na estimação por EA o termo de erro não está correlacionado com os preditores, que são variáveis invariantes no tempo. Por fim, viu-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, dessa maneira, o modelo de estimação por EA o mais especificado para tal condição.

Tabela 2. Resultados da regressão de dados em painel por efeitos aleatórios

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS	COEFICIENTE DE REGRESSÃO	DESVIO PADRÃO	T	P > |T|	INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95%	INTERVALO
NEntra	-0,737068	0,4543085	-1,62	0,105	-1,627497	0,1533594
Qjuiz	0,5115603	0,0672377	7,61	0,001	0,3797769	0,6433437
U_DP	-2,35549	0,547445	-4,30	0,001	-3,428466	-1,282521

(continua)

(conclusão)

U_MP	-1,867835	0,247554	-7,55	0,001	-2,353033	-1,382638
LogPOP	2,713316	0,632774	4,29	0,001	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
_constante	-17,45232	5,668511	-3,08	0,002	-28,56239	-6,342241

Legenda: F test Wald chi2 = 286,44; R-sq: Prob > chi2 = 0,0001; Within = 0,3103; Between = 0,9275; Overall = 0,3368; NEntra: entrância; Qjuiz: quantidade de juízes por comarca; U_DP: unidades de Defensoria Pública; U_MP: unidades de Ministério Público; LogPOP: população; logRPC: renda per capita; TIABS: taxa de investimento atenção básica em saúde; TIAHA: taxa de investimento assistência hospitalar e ambulatorial;

Sobre a 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 = 0,094) na relação entre taxa de investimento atenção básica em saúde (TIABS) e 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 volume de judicialização (p = 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 demonstraram 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 associada a demandas judiciais da saúde, sugerindo-se então a rejeição da hipótese H1. Isso ressalta os apontamentos de outros estudos (Chieffi & Barata, 2009; Machado & 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 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, testaram-se as variáveis população (logPOP) e renda *per capita* (logRPC). Foram verificados coeficientes positivos e significativos nas duas variáveis em questão, evidenciando que regiões mais populosas (p = 0,000) e com maior renda *per capita* (p = 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 maior volume de judicialização.

Esperava-se que o grau de vulnerabilidade socioeconômico fosse determinante no volume de judicialização, ou seja, que fossem obtidos coeficientes negativos nessas 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 possuem menor judicialização, rejeitando-se assim a hipótese H2. Não se confirma a suposição de que a falta de acesso e de 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 a necessidade de transferir recursos para atender a uma demanda individual em vez de investimento em apoio ao coletivo.

No que se refere 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), quantidade de unidades de Defensoria Pública por comarca (U_DP) e quantidade de unidades do Ministério Público por comarca (U_MP). Verificou-se coeficiente positivo e estatisticamente significativo a 1% (p = 0,0001) entre a quantidade de juízes por comarca e o volume de processos de judicialização da saúde, salientando que, quanto maior o número de juízes de uma região, maior a demanda por judicialização, sugerindo-se a aceitação da hipótese H3a. Verificou-se coeficiente estatisticamente não significativo na variável entrância (p = 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, tendo sido essa variável, portanto, excluída da análise.

Foram obtidos coeficientes negativos e estatisticamente significativos a 1% nas variáveis: quantidade de unidades de Defensoria Pública por comarca (p = 0,0001) e quantidade de unidades do Ministério Público por comarca (p = 0,0001), evidenciando que, quanto mais unidades, menor o volume de processos de judicialização da saúde por comarca. Esperava-se que tal relação fosse positiva, partindo-se do pressuposto de 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 de os resultados encontrados nessas variáveis sugerirem o contrário, rejeitam-se as hipóteses H3b e H3c.

Ao observar o comportamento das variáveis, acredita-se que um volume maior de unidades do Ministério Público e da Defensoria Pública possibilite que esses órgãos possam atuar de forma preventiva, juntamente com os *stakeholders* promotores da saúde, como secretarias de Saúde, mediando conflitos e reduzindo o volume de judicialização.

CONCLUSÃO

Neste estudo, investigaram-se os fatores que influenciam o volume de processos de judicialização da saúde, elucidando a relação entre vulnerabilidade socioeconômica, estrutura de saúde pública e estrutura de acesso à justiça nas comarcas do estado de Minas Gerais, no período de 2015 a 2017.

Observou-se que a judicialização da saúde teve maior volume de processos em regiões com menor vulnerabilidade econômica, menor estrutura de acesso à justiça e maior investimento em estrutura de saúde, diferentemente do levantamento teórico de suporte das hipóteses do estudo. 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, crê-se que a estrutura pública de saúde local influencie tais demandas, posto que envolve parcerias público-privadas na execução de políticas públicas do SUS.

Como limitações do estudo, cita-se que a base de dados se referiu a dados de processos de segunda instância com base no banco de dados do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais; não se usaram outras variáveis para mensurar a vulnerabilidade, tampouco foi levantada a quantidade de defensores e promotores.

Como agenda de estudos futuros, sugere-se a inclusão de outras variáveis referentes à estrutura de saúde pública e características demográficas da população, como as do cadastro de políticas de assistência social, bem como o grau de instrução dos requerentes como representativo do conhecimento a respeito dos direitos dos cidadãos e das ferramentas mais adequadas para acessá-los. 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 propiciem a garantia equitativa do acesso à saúde pelos cidadãos, como descrito no texto constitucional.

REFERÊNCIAS

Alves, S. T. D. J., & Guimarães, T. A. (2020). Fatores normativos e *stakeholders*: configurações de decisões sobre judicialização da saúde. *Anais ENAJUS 2020*. Recuperado de: http://www.enajus.org.br/anais/2020/fatores-normativos-e-stakeholders-configurac-o-es-de-deciso-es-sobre-judicializac-a-o-da-sau-de?q=simone

Andrade, F. R., & Narvai, P. C. (2013). Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Revista Saúde Pública*, 47(Supl. 3), 154-160. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004447

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. doi: 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

Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 401-412. doi: 10.1590/S1413-81232002000300002

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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/l8080.htm

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. Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado de: 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. doi: 10.1590/S0102-311X2009000800020

Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2019). Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça.

Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais (DPMG). (2019). *Municípios*. Minas Gerais: Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais. Recuperado de: https://defensoria.mg.def.br/index.php/espaco-cidadao/unidades-da-defensoria-de-minas/

Favero, L. P. (2021). *Métodos quantitativos com Stata*. São Paulo: Gen. 242 p.

Gomes, A. O., 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), e-72978. doi: 10.12660/cgpc.v24n78.72978

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. doi: 10.1590/2317-6172201722

Gujarati, D. N., Porter, D. C. (2006). Dasar-dasar ekonometrika. Jakarta: Erlangga.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019). *Estimativas populacionais anuais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Tribunal de Contas da União (TCU)-Minas Gerais*. IBGE. Recuperado de: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-popul?=&t=downloads

Machado, F. R. de S. (2015). Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, *9*(2), 73-91. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v9i2p73-91

Machado, F. R. de 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. doi: 10.1590/S0034-76122012000400006

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*(1), 128-148. doi: 10.1590/S0104-12902018170514

Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG). (2019). *Endereços e telefones*. Minas Gerais: Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Recuperado de: https://www.mpmg.mp.br/portal/auxiliar/telefones-e-enderecos/

Moraes, I. S. D. (2016). *Judicialização da saúde: como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?* Brasília: Universidade de Brasília. Recuperado de: https://repositorio.unb.br/handle/10482/22488

Oliveira, L. A. D. (2018). *Ressarcimento ao SUS e os custos assistenciais das operadoras de planos de saúde no Brasil, 2006 a 2016*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Recuperado de: 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 o acesso aos medicamentos no Brasil. *Revista de Salud Pública*, *14*(2), 340-349. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/rsap/2012.v14n2/340-349/

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. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v20i3p139-153

Rabay, T., Santos, J. C., Tavares, D. I., & Rorato, A. M. R. S. (2018). Impacto da judicialização da saúde. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, *10*(2). doi: 10.1590/0034-76121666

Sánchez, A. I. M., & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, *12*(2), 319-324. doi: 10.1590/S1413-81232007000200007

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). (2019). *Atenção básica*. 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*, 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. doi: 10.1177%2F016555150102700503

Torres-Reyna, O. (2007). *Análise de dados do painel corrigida e efeitos aleatórios utilizando Stata (v. 4.2)*. Pricenton University: Serviços de Dados e Estatísticas, 112.

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. (2019). *Lista de juízes de direito*. Minas Gerais: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Recuperado de: https:/ https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/institucional/magistratura/juizes.htm

Vieira, F. S. (2020). *Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça*. Ipea. Recuperado de: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2547.pdf

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Simone Tiessa de Jesus Alves: Administração do Projeto; Análise Formal; Conceituação; Escrita – Revisão e Edição; Investigação; Metodologia; Supervisão; Validação; Visualização.

Geraldo Alemandro Leite Filho: Análise Formal; Conceituação; Escrita – Primeira Redação – Escrita; Revisão e Edição.

Yasmim Terezinha Barbosa Gomes: Conceituação; Curadoria de Dados; Escrita – Primeira Redação – Escrita; Revisão e Edição.

Renê Rodrigues Veloso: Curadoria de Dados; Software

Any Karoliny Silva: Curadoria de Dados.