

## ESTRUTURA DE SAÚDE, DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Gestão de Políticas Públicas de Justiça

**Yasmim Terezinha Barbosa Gomes (Universidade Estadual de Montes Claros); Simone Tiêssa de Jesus Alves (Universidade Estadual de Montes Claros); Any Karoliny Silva (Universidade Estadual de Montes Claros);**

### RESUMO

A saúde e a justiça são direitos previstos constitucionalmente. A judicialização da saúde surge como uma solução para as inconsistências na prestação dos serviços de saúde. Visa-se, por meio deste estudo, mapear elementos teóricos e empíricos que possam explicar a relação entre os investimentos em estrutura de saúde pública e o volume de judicialização. Com base na revisão de literatura, observa-se uma correlação negativa entre a estrutura de saúde, desenvolvimento municipal e volume judicial proveniente de processos relacionados à garantia da saúde, isto é, quanto mais se investe em saúde e desenvolvimento, menor é o volume judicial. Ao longo da reflexão, são apresentados diversos argumentos que sustentam a hipótese levantada. Por fim, sugere-se uma agenda de pesquisa para validação ou refutação dessa hipótese.

**Palavras-Chave:** Estrutura de saúde, Acesso à justiça, Vulnerabilidade, Direito à saúde, Judicialização.

### I. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua o termo “saúde” como a condição em que o ser humano está em pleno funcionamento do bem estar físico e mental, nos aspectos individuais, biológicos, socioeconômicos e culturais (OMS, 1978). Dessa forma, compreende-se que a saúde vai muito além dos serviços de saúde e assistência médica pois trata-se também de atividades complementares relacionadas a trabalho, emprego, transporte, lazer entre outras características que circundam a vida em sociedade (Matias e Muniz, 2015).

A Constituição Federal (1988), versa sobre as diretrizes que regem a nação. Em seu art.196 preconiza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, dever esse que é garantido pelas políticas públicas que aspiram a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma universal e igualitária. Para atender à esse princípio foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), descrito na LF nº 8.080 (1990), como o conjunto de ações e serviços de saúde oferecidos em todas esferas do poder público.

O SUS pode ser considerado um avanço no desenvolvimento de políticas públicas, mas na prática, não atende às expectativas (Machado, 2015). Apesar de ser o único país do mundo a ofertar um sistema de saúde pública universal e gratuito, os investimentos das redes privadas de saúde superam os públicos. Além disso, é um sistema subfinanciado, que apresenta desigualdades e aspectos gerenciais que deixam a desejar em termos de política pública sanitária (Iatarola, 2018). Há déficits no padrão dos serviços ofertados, principalmente no atendimento especializado de média complexidade, estrangulamentos que fazem a demanda

#### REALIZAÇÃO



acumular, tais como filas, grande tempo de espera ou até a falta de acesso aos serviços necessários (Giovanella *et al.*, 2012).

Essas e outras características levam ao fenômeno denominado judicialização, termo de abrangência multidisciplinar que permite várias reflexões sobre o SUS, tais como orçamento público e suas limitações, vulnerabilidade social e perfil dos demandantes de processos judiciais, acesso à justiça, acesso a informação, oferta de planos privados de saúde e suas implicações, sinergia municipal na união de recursos e prestações, ciclo de políticas públicas, entre outros.

Assim, acredita-se que analisar a estrutura de investimento em saúde na esfera pública, o grau de desenvolvimento dos municípios e o volume de judicialização, possibilite compreender a efetividade da gestão e prestação dos serviços de saúde pública, bem como as variáveis que possam originar desigualdades na efetividade da política pública de saúde nos municípios brasileiros. Logo, neste estudo visa-se, a partir da literatura, mapear elementos teóricos e empíricos que possam explicar a relação entre os investimentos em estrutura de saúde pública e o volume de judicialização.

## II. Suporte teórico e evidências empíricas

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, segundo Secchi (2010) 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. 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.

Judicialização da saúde reflete política de acesso à justiça e direitos fundamentais interpoderes, 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).

### REALIZAÇÃO



Seguindo a ideia de que a judicialização é um processo que envolve diversas áreas de atuação, Moraes (2017), divide este fenômeno em cinco dimensões, sendo elas: (1) sociodemográfica, onde há análise do perfil econômico, demográfico, e social dos requerentes do acesso à 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 à saúde, (c) gerenciamento dos processos, e (d) orçamento.

## 2.1 Estrutura de Saúde Pública

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, Araujo, 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).

Quando se fala do 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.

No que tange ao desempenho financeiro e gestão patrimonial, a regulação fica a cargo da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), lei complementar que visa a correta aplicação dos recursos no incentivo ao desenvolvimento e redução de práticas corruptivas, como desvio de dinheiro (de Souza *et al.*, 2013). Em estudo realizado por Oliveira, Peter e Menezes (2010), evidenciou-se que há relação positiva entre a LRF e o desenvolvimento do município, pois, quanto melhores são os índices apresentados pela LRF, melhores são os indicadores sociais analisados, informação da qual pode-se entender que as localidades melhor fiscalizadas tendem a ter melhor desempenho.

Outra colocação importante quando se fala de saúde a nível municipal, diz respeito a escassez de recursos humanos e financeiros em municípios do interior. Alguns municípios, inclusive, se unem em consórcio com municípios vizinhos para prestar serviços, que, sozinhos demandariam grande quantidade de recurso financeiro (Pierro, 2017). Com essa união, chamada de Consórcio Intermunicipal da Saúde (CIS) todos ganham, pois há ampliação dos serviços disponibilizados à sociedade, melhor qualidade na prestação dos serviços, instalações melhor equipadas, entre tantos outros benefícios, criando uma relação sinérgica (Grzelzak *et al.*, 2017).

### REALIZAÇÃO



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 e Giraldo (2018). Segundo os autores, em estudo com uma população ribeirinha da região Amazônica, foi identificado que há dificuldade de acesso pelos profissionais de saúde a zona rural para prestação dos serviços, devido, principalmente às questões ambientais, e a população não dispõe de recursos para se deslocar até a cidade, visto que, boa parte da população é de baixa renda, e cerca de 60,6% das famílias tinha uma renda inferior a R\$ 880,00, salário mínimo do período da realização da pesquisa, o que também impossibilita que eles adquiram planos privados de saúde.

Outro agravante são as condições sanitárias, tal como acontece com as populações ribeirinhas, expostas a doenças em função da ausência de banheiro, esgoto e água encanada. Tais municípios ou regiões são endêmicos, com risco de transmissão de doenças como malária, tuberculose e hanseníase, o que gera preocupação por parte das entidades competentes, além de sofrer com a escassez de mão de obra de saúde, como médicos e enfermeiros, dada a distância dos grandes centros urbanos e falta de estrutura, diminuindo o interesse dos profissionais em atuar nessas regiões (Medeiros & Giraldo, 2018).

Assim, em muitos municípios o sistema de saúde privado surge como alternativa às disparidades da saúde pública. Segundo Thomson e Mossialos (2007), em seu estudo, a regulação do serviço de saúde particular na União Européia possui três modalidades, sendo elas: (1) substitutivo, que busca atender a aqueles que possuem recursos financeiros e optam pelos serviços privados no lugar do serviço gratuito prestado pelo Estado; (2) complementar, quando não há disponibilidade do serviço que o cidadão necessita no setor público; e (3) suplementar, que refere-se a “maior escolha de provedor e acesso mais rápido aos serviços” (Thomson & Mossialos, 2007, p.4).

Costa, Mota e Ogata (2020), em revisão teórica sobre os estudos científicos realizados sobre as demandas judiciais da saúde, identificaram que os pleitos geralmente surgem a partir de solicitações de medicamentos, tratamentos e insumos. Segundo pesquisa de Costa (2017), 47% dos litígios correspondiam a aquisição de medicamentos, 33% assistência médico-hospitalar, e 20% se referiam a tratamentos e atenção básica. Um dos debates que levam aos pleitos judiciais é a questão do ressarcimento que o SUS exige das operadoras de planos privados da saúde por serviços que foram executados por via pública, e eram cobertos pelo respectivo plano. Uma das questões levantadas pelas prestadoras particulares é que o estado tem o dever constitucional de prestar os atendimentos, uma vez que todos os indivíduos têm o direito à saúde, e arcam com os impostos que mantém o governo e suas atividades em pleno funcionamento. Todavia, as operadoras recebem pagamento dos contratantes para fornecimento dos serviços, e, portanto, os usuários estariam realizando pagamento em duplicidade, o que gera o litígio das partes envolvidas (Oliveira, 2018).

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,

REALIZAÇÃO



a quantidade de processos recebidos pelo Ministério da Saúde, aumentaram de 5.967 para 12.932, em um período de 4 anos, contados de 2010 a 2014.

Com esse aumento de casos, consequentemente 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).

## 2.2 Judicialização da saúde

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).

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 de forma negativa no planejamento das políticas de saúde. As autoras dizem ainda que não é avaliada a condição financeira do requerente, o que, comparado aos dados apresentados por Neto *et al.* (2012), e Machado *et al.* (2011), comprovam que há, majoritariamente, representação por advogados e médicos do setor privado, 60 e 70%, respectivamente, indicando que os solicitantes podem não ser vulneráveis financeiramente.

### REALIZAÇÃO



O sistema judiciário realiza pesquisas através do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), visando identificar o desempenho dos processos tramitados, entretanto observa-se que há poucas informações sobre o perfil dos requerentes, informações cruciais para distribuição equitativa dos recursos públicos (CNJ, 2015).

Com base nessas informações, surge o questionamento se esses litigantes com maior poder aquisitivo demandam maior volume judicial devido à ausência de prestação de serviços privados de saúde, ou se a população vulnerável financeiramente não possui informação, e, por esse motivo não recorre a seus direitos, o que favorece aqueles que detêm recursos e conhecem os meios legais (Medici, 2010).

As demandas judiciais já se fazem tão presentes que há proposições de modelos referentes ao ciclo de políticas públicas, incluindo a judicialização. Barreiro e Furtado (2015), baseando-se no modelo de Secchi (2010), dão um novo significado a cada fase, motivados pelo pensamento de Silva (1999), que critica o modelo julgando que o mesmo é um retrato irreal da administração pública.

No modelo de Secchi (2010) o ciclo de políticas públicas se inicia na identificação do problema, seguido pela formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação. No modelo reformulado, no qual é inserido o processo de judicialização, a primeira fase é identificar a falha na implementação, dessa forma são mantidos os processos citados anteriormente, no entanto eles ganham um novo significado. A agenda, por exemplo, que antes tinha caráter coletivo, com a judicialização passa a ser individualista, as alternativas são limitadas, a tomada de decisão agora é de cunho judicial, e a implementação e avaliação são “forçadas”. (Barreiro & Furtado, 2015)

Observa-se que com a judicialização, a política pública, que tem o papel de atender aos interesses do coletivo, passa a atender as minorias, e essas ações geralmente dependem uma quantidade maior do orçamento público para poucas pessoas, que se bem direcionados poderia satisfazer as demandas gerais da comunidade (Silva, 2016). A iniquidade financeira do SUS é causada por essa quebra do orçamento público, que deveria ser destinado às prioridades epidemiológicas, mas, quando se aprova as demandas individuais, em detrimento das coletivas, causa confusão no conceito de integralidade (Medici, 2010). Medici (2010) aponta como possíveis soluções para esse desequilíbrio orçamentário proveniente das demandas judiciais, o veto das prestações que não estão previstas no SUS, a recusa em prestar serviços a indivíduos segurados por planos privados de saúde que contemplem o serviço requerido, e o bloqueio de solicitações não indispensáveis à saúde do indivíduo.

Pierro (2017) e Iatarola (2018) abordaram sobre o papel e importância dos *stakeholders*, como juízes, médicos, e pacientes, dissertando sobre os interesses das partes e busca de convergências em prol das partes. Iatarola (2018) sugere criação de grupos técnicos para apoio aos juízes na tomada de decisão que atenda a ideia de reserva do possível, na qual entende-se que o governo não provê de recursos para atender a todas as solicitações, e o deferimento da solicitação pode causar prejuízos à coletividade. Assim, é relevante a formação de parcerias com instituições de pesquisa no desenvolvimento de aplicações no combate às deficiências no sistema (Pierro, 2017). A adoção da tecnologia auxilia no acompanhamento e comunicação entre os agentes envolvidos, levando a melhorias de desempenho, principalmente no judiciário (Alves & Gomes, 2017). As ferramentas tecnológicas permitem o armazenamento de informação, de fácil acesso, tanto para tratativas internas, quanto para fins de publicidade, como as plataformas estatais de transparência.

REALIZAÇÃO



Silva (2016), realizou entrevista com representantes dos principais setores envolvidos no âmbito do ministério, sendo Coordenação de Demandas Judiciais, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Coordenação-Geral de Demanda Judicial, pertinente à Consultoria-Jurídica (CONJUR), Coordenação de Compras por Determinação Judicial (CDJU), e Assessoria Jurídica do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Os representantes descreveram o funcionamento do processo de judicialização, problemas e soluções referentes a compras, orçamento, finanças, bloqueios, planejamento, entre outras questões.

Dentre as sugestões de melhorias pertinentes aos problemas enfrentados, as falas dos representantes entrevistados convergiram no que tange à necessidade de utilizar os meios de comunicação para disseminação da informação sobre a judicialização, o estudo de práticas bem sucedidas em outras nações, e um programa de educação que prepare os profissionais envolvidos no processo, assim como programas de conscientização para a população, médicos, e demais (Silva, 2016).

Sendo assim, se faz necessário inquérito populacional para traçar o perfil epidemiológico regional, identificando as demandas específicas (Narvai, 2013). Esta análise possibilita um filtro, que direciona o tratamento de forma mais efetiva para as diferentes classes e suas respectivas necessidades (Chieffi & Barata, 2009). Essas informações servem de subsídio para os órgãos gestores, entretanto esse tipo de pesquisa é custoso e demorado, mas, em uma análise custo-benefício, podem ser benéficos, uma vez que será atendida a demanda real da comunidade.

### 2.3 Informação sobre saúde pública e indicadores para estudos

O Ministério da Saúde segue o princípio da publicidade, sendo transparente quando se trata dos recursos destinados para a saúde. É possível realizar a consulta de indicadores por município através das plataformas Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Informações de Saúde (TABNET), ambas disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Dentre as informações encontradas nas plataformas, considera-se como indispensáveis para análise da estrutura de saúde as variáveis (a) despesa com saúde por habitante, (b) percentual destinado a serviços básicos, (c) percentual destinado a assistência hospitalar e ambulatorial, (d) percentual destinado a despesa com medicamentos, (e) despesa total, (f) número de médicos disponíveis, e (g) estabelecimentos, como postos de saúde, hospitais, unidade móvel, entre outros.

Essas informações, entretanto, não agregam conhecimento se não comparadas com outras características do ambiente. Jacinto, Tejada e Sousa (2010), em seu estudo sobre a relação das variáveis macroeconômicas e a saúde no Brasil, identificaram que há relação negativa entre a taxa de mortalidade, obtida no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e condições macroeconômicas, mensurada através da taxa de emprego, disponibilizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Observou-se que os maiores números de mortalidade foram no período em que a economia passava por recessão. Pode-se interpretar, a partir desses dados que quando as condições macroeconômicas apresentam melhora, tendo oferta de emprego e, conseqüentemente renda, há queda na mortalidade.

É importante compreender o porte do município, e como é a oferta de (a) educação, (b) saúde, (c) emprego e renda, informações disponibilizadas no sítio da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), componentes do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), entre outros fatores sociodemográficos, disponíveis no site do Instituto

#### REALIZAÇÃO



Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e observar como eles se relacionam com o (a) volume de processos judiciais, (b) número de juízes por comarca, dentre outros, que podem ser extraídos do site do tribunal de justiça da região de investigação, com o auxílio de sistema *web crawler*.

Acredita-se que a análise correlacional das variáveis citadas possam corroborar a hipótese de que quanto mais há investimento em estrutura de saúde e desenvolvimento municipal, menor é o volume de processos judiciais tramitados. Ou seja, quando as pessoas têm acesso integral aos serviços de saúde, não há necessidade de recorrer judicialmente. A confirmação de que o investimento em saúde reduz os pleitos judiciais e acarreta melhores condições de vida aos indivíduos pode servir de base para redefinição de políticas públicas que atendam ao perfil evidenciado.

### III. Conclusão

A partir do levantamento dos estudos revisados, foi possível mapear os elementos teóricos e empíricos que apontam para uma correlação negativa entre os investimentos em estrutura de saúde pública e o volume de judicialização. Ao longo da pesquisa efetuada, identificou-se outras variáveis relevantes para análise da conjuntura de saúde pública nos municípios, como: perfil sociodemográfico, estrutura de acesso a justiça, indicadores de perfil endêmicos e de desenvolvimento municipal.

As proposições discutidas por Chieffi & Barata (2009), Narvai (2013), e Barreiro & Furtado (2015), sugerem que deve haver análise ambiental e planejamento, para definir uma agenda consistente com a demanda regional. O relatório apresentado pelo Banco Mundial (1993) e estudos realizados por Asensi (2010) e Oliveira (2018) possibilitam uma reflexão sobre a efetividade da atuação do Estado com medidas preventivas, neste caso com investimento, seja em ações em saúde, como os procedimentos em si (cirurgia, vacinação), ou condicionantes em saúde, geralmente ofertados pelas determinantes do ambiente (saneamento básico, alimentação), já que os gastos com medidas corretivas, principalmente advindos das solicitações por processos judiciais, são mais onerosos e menos eficientes.

Sob o aspecto da transparência de dados sobre o desenvolvimento dos municípios e a gestão das políticas públicas de saúde do SUS, o levantamento sobre os indicadores de bases de dados oficiais (SIOPS, TABNET, DATASUS, IBGE) possibilita o desenvolvimento de estudos que correlacionem aspectos estruturais, perfil sociodemográfico e eficiência dos municípios na gestão da saúde pública. Ainda, o Conselho Nacional de Justiça e Tribunais de Justiça, tem fornecido indicadores e relatórios sobre a estrutura de acesso a justiça ao cidadão como a base de dados Justiça em Números, o que possibilita o teste empírico da relação entre judicialização e estrutura de saúde pública.

Assim, como agenda de estudos futuros, sugere-se a análise da correlação dos dados sociodemográficos de um ou mais municípios, com o volume de processos judiciais e orçamento destinado à saúde. Acredita-se que essa pauta seja relevante para discutir os efeitos da Judicialização da Saúde no Ciclo de Políticas Públicas do SUS, rastreando os efeitos da interação dos poderes através das demandas judiciais.

### Referências

#### REALIZAÇÃO



- Alves, S. T. D. J., & Gomes, A. D. O. (2017). *Relação entre Investimento em Tecnologia, Força de Trabalho e Desempenho em Tribunais Estaduais do Brasil*.
- Asensi, F. D. (2010). *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil*.
- 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.
- Barreiro, G.S.S., & Furtado, R.P.M. (2015). Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 49(2), 293-314. Epub 00 de abril de 2015. <https://doi.org/10.1590/0034-7612126144>
- Bodstein, R. ([s.d.]). Atenção básica na agenda da saúde Primary care in the agenda of public health sector in Brazil. *Debate*, 401–412.
- 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*.
- Chieffi, A. L., & Barata, R. B. (2009). *Judicialização da política pública de assistência*, 25(8), 1839–1849.
- 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 1988*. (1998). Brasília. Recuperado em 30 de outubro de 2019.
- Costa, K. B., Mota, L., & Ogata, M. N. (2020). A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 9(2), 149-163.
- da Silva Costa, T. (2017). A judicialização da saúde: as decisões do Supremo Tribunal Federal frente ao princípio da separação dos poderes. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 6(1), 139-152.
- de Sousa, P. F. B., Lima, A. O., do Nascimento, C. P. S., Peter, M. D. G. A., Machado, M. V. V., & de Oliveira Gomes, A. (2013). Desenvolvimento municipal e cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal: uma análise dos municípios brasileiros utilizando dados em painel. *Revista Evidenciação Contábil & Finanças*, 1(1), 58-70.
- 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.
- Grzelzak, M., Kukla, N., de Souza, W., Marchesan, J., Birkner, W., & Mascarenhas, L. (2017). A Importância dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. *South American Development Society Journal*, 3(07), 196 - 205. doi:10.24325/10.24325/issn.2446-5763.v3i7p196-205
- Iatarola, D. L. (2018). *O SUS no banco dos réus: desafios e alternativas da gestão municipal frente à judicialização da saúde*.
- Jacinto, P. D. A., Tejada, C. A. O., & Sousa, T. R. V. D. (2010). Efeitos das condições macroeconômicas sobre a saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 44, 310-317.
- LEI Nº 8.080* (1990). Brasília. Recuperado em 30 de outubro de 2019.
- 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. 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 Saude Publica*, 45(3), 590–598. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>
- 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>
- Medici, A. C. (2010). Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. *Diagn Tratamento*, 15(02), 81-87.
- Métodos quantitativos com stata®*. ([s.d.]).
- 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>
- Neto, O. H. C., Acurcio, F. de A., Machado, M. A. de A., 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 Saude Publica*, 46(5), 784–790. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>
- Nogueira, K. P., & Camargo, E. B. (2014). *Judicialização da saúde: gastos Federais para o Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2011-2014*, 6(2), 120–132.
- Oliveira, F. H., Peter, M. D. G. A., & Meneses, A. F. D. (2010). *Lei de Responsabilidade Fiscal: implicações nos indicadores sociais municipais*. In *Congresso USP de Controladoria e Contabilidade*.
- 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).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1978). *Primary Health Care*. Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept.1978: WHO, Health-for-All Series. OMS / UNICEF.
- Pandolfo, M., Delduque, M. C., & Amaral, R. (2012). Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 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>
- Silva, P. L. (1999). *Modelo de avaliação de programas sociais prioritários: relatório final. Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil*. Campinas, NEPP-UNICAMP.
- Silva, P.F. (2016). *Judicialização no Ministério da Saúde*. 22 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública na saúde)—Universidade de Brasília, Brasília.
- Souza, C. (2006). *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. *Sociologias*, (16), 20-45.

Thomson, S., & Mossialos, E. (2007). Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. *Journal of European Integration*, 29(1), 89-107.

REALIZAÇÃO

