

Fatores Normativos e Stakeholders: Configurações de Decisões sobre Judicialização da Saúde

Gestão de Políticas Públicas de Justiça

Simone Tiêssa de Jesus Alves (UNIMONTES); Tomas Aquino Guimarães (UnB)

RESUMO

Decisões judiciais decorrem de escolhas de juízes na solução de problemas, que muitas vezes ocorrem a partir de informações incompletas, dada a racionalidade limitada desses profissionais. Análises da tomada de decisão em processos judiciais semelhantes são essenciais na identificação de razões dessas limitações. Tribunais atuam em ambientes constituídos por distintos *stakeholders* que possuem interesses específicos e procuram influenciar decisões de juízes. Apesar de socialmente importante, essa influência tem sido pouco explorada na literatura. Assim, visa-se: a) descrever elementos teórico-empíricos que possam explicar a estrutura das redes de *stakeholders* e fatores normativos que configuram “mapas mentais”, redes analíticas, da tomada de decisão de juízes; e b) explicar o papel de *stakeholders* e fatores normativos que influenciam decisões judiciais. Foram entrevistados 10 juízes, sendo cinco do primeiro grau e cinco do segundo grau. Foram utilizadas técnicas de análise de conteúdo e de redes sociais para análise dos dados. Os resultados mostram diferenças significativas entre os mapas cognitivos de juízes de primeiro e segundo graus em termos de: número de *stakeholders* e fatores normativos que influenciam as decisões, estrutura da rede e hierarquia de prioridades nas decisões. Os resultados são discutidos e ao final uma agenda de pesquisa é sugerida.

PALAVRAS-CHAVE: judicialização da saúde; tomada de decisão, fatores normativos; *stakeholders*

1. Introdução

O direito à saúde, a partir da Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, emergiu como forma universal da garantia da dignidade dos cidadãos. A judicialização em geral representa “reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais” (Ventura, Simas & Schramm, 2010, p. 78). A judicialização da saúde permeia diversas áreas do conhecimento, como direito, economia, ciência política e gestão de políticas públicas. Nessa linha, estudar o tema envolve a interpretação de valores e normas culturais, o funcionamento de instituições especializadas na oferta de serviços de saúde e também judiciais, assim como aspectos psicossociais, econômicos e administrativos.

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como o completo bem-estar físico e mental do ser humano, envolvendo aspectos psicológicos, biológicos, socioeconômicos e culturais (OMS, 1978). Assim, o direito à saúde vai além da assistência médica e dos serviços de saúde, pois inclui ações relacionadas a trabalho, emprego, lazer, transporte e demais

REALIZAÇÃO



condições ligadas à estrutura da vida em sociedade (Matias & Muniz, 2015). O primeiro passo para a efetivação desse direito é entender que este não se esgota na norma constitucional e nas políticas públicas, manifestando um caráter contínuo, regular e dentro dos critérios de qualidade nos diferentes âmbitos da saúde (Asensi & Pinheiro, 2015). Ainda, as diferentes interpretações da Constituição e das leis, e o ativismo judicial, podem ocasionar privilégios a alguns em prejuízo à generalidade da cidadania (Barroso, 2009).

O Constitucionalismo traduz a limitação do poder e a supremacia da lei quanto ao respeito e à garantia dos direitos fundamentais (Barroso, 2009). Nas sociedades democráticas, contudo, essa questão torna-se dialética, ou seja, dada a soberania do governo, o foco nas maiorias e as limitações orçamentárias e gerenciais dos Estados. Nas negociações políticas, próprias da democracia, muitas vezes, ocorrem restrições de direitos de minorias em função do atendimento de demandas de massa. Assim, o Estado democrático pode vulnerar direitos fundamentais, cabendo ao Poder Judiciário intervir nessas questões, culminando na judicialização. Esse debate no Brasil apresenta contrapontos entre os estudiosos do campo. Por um lado, são expostas as noções de finitude orçamentária, caráter individual da demanda e ausência de parâmetros médicos técnicos envolvidos na decisão judicial. Por outro lado, defende-se o direito constitucional à saúde, geralmente decorrente da ineficiência do governo na prestação de serviços de saúde e a importância da atividade judicial (Gomes *et al.*, 2014).

As organizações são levadas a incorporar práticas e procedimentos definidos pelos conceitos racionalizados dominantes na sociedade, pois aumentam sua legitimidade e suas perspectivas de sobrevivência, independentemente da eficácia imediata das práticas e procedimentos adquiridos (Meyer & Rowan, 1977). No Judiciário são inúmeras as decisões tomadas diariamente sobre uma mesma temática. Assim, as análises da tomada de decisão em processos de temáticas semelhantes, em termos de partes interessadas (*stakeholders*) e fatores normativos (padrões isomórficos), são essenciais para compreender o comportamento de juízes no processo de tomada de decisão, possibilitando a formulação de políticas e diretrizes orientadoras no tema. O processo decisório nos tribunais possui inúmeras dimensões analíticas a serem consideradas pelos juízes na representação do problema, geração e seleção de alternativas.

O mapeamento de dimensões analíticas e a representação dos problemas por meio de mapas cognitivos são relevantes para compreensão das razões que originam as limitações de decisores e impedem que a solução ocorra de forma satisfatória (Simon, 1991). Esses mapas são um mecanismo estruturado de resposta a problemas recorrentes e suas representações tendem a ser incorporadas à memória de longo prazo da organização. Eles podem divergir em um mesmo contexto de decisão conforme as premissas de valor e a expertise dos tomadores de decisão. Contudo, também podem ser estruturados e revisados por novas informações ou problemas (Chisholm, 1995). Assim, os mapas cognitivos possuem conceitos ou dimensões que permitem agrupar dados e informações em tipologias de variáveis que influenciam as decisões e as alternativas geradas pelo processo, culminando em um sistema de causa-efeito entre conceitos e a direção de seus vínculos (Dutton, Fahey e Narayanan, 1983).

Dada a complexidade analítica e a diversidade de atores envolvidos na judicialização da saúde, é relevante entender os processos de resolução de conflitos no Judiciário, bem como os fatores e *stakeholders* que afetam a tomada de decisão. Decisões judiciais decorrem de escolhas de juízes na solução de problemas, que muitas vezes ocorrem a partir de informações incompletas, dada a racionalidade limitada desses profissionais e as limitações dos tribunais,

REALIZAÇÃO



em termos de estrutura de pessoas e tecnologias que ajudem a integrar informações sobre o problema de maneira sistêmica (Chisholm, 1995). Análises da tomada de decisão em processos judiciais semelhantes são essenciais na identificação de razões dessas limitações. Assim, o mapeamento de dimensões analíticas e da representação dos problemas, mapas cognitivos, para compreensão das razões que originam as limitações de decisores e impedem que a solução ocorra de forma satisfatória é fundamental (Simon, 1991).

Os estudos sobre *stakeholders* tem se concentrado em relações díades entre organizações, analisando, par a par, a influência desses atores sobre as decisões da organização (Gomes, 2007; Rowley, 1997). A Análise de Redes Sociais, ARS (Wasserman & Faust, 1994) permite compreender a estrutura de interdependências e influências de relacionamentos e fatores analíticos do conjunto de partes interessadas em uma decisão. Diante do exposto, visa-se: a) descrever elementos teórico-empíricos que possam explicar a estrutura das redes de *stakeholders* e fatores normativos que configuram “mapas mentais”, redes analíticas, da tomada de decisão de juízes; e b) explicar o papel de *stakeholders* e fatores normativos que influenciam decisões judiciais. Após essa seção, o apresenta-se o quadro teórico do estudo a fim de contextualizar os fatores normativos, *stakeholders*, bem como as dimensões analíticas que circundam as decisões sobre judicialização da saúde, refletindo nas configurações de mapas mentais (redes de decisão) dos juízes. Em seguida, apresenta-se as etapas e métodos utilizados no desenvolvimento do estudo, bem como seus resultados, conclusões e agenda de pesquisa sugerida.

2. Quadro teórico-conceitual

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, portando múltiplas dimensões de análise (Pandolfo, Delduque & Amaral, 2012). Moraes (2017) propõe cinco dimensões para análise do fenômeno: (1) sóciodemográfica, que contempla a análise do perfil demográfico, econômico e social dos demandantes do acesso a saúde; (2) processual, que inclui as características dos litígios, o tipo de acesso à justiça (privada ou via ministério público), as categorias de processos e sentenças, instâncias do Judiciário, dentre outras; (3) Sistema Único de Saúde (SUS), que contempla (a) as políticas de saúde pública, (b) o acesso proporcionado aos pacientes nos âmbitos da saúde municipal e estadual, (c) o gerenciamento dos processos de judicialização pelos gestores do SUS, e (d) o orçamento dos municípios, estados e União; (4) médico-sanitária, que envolve os representantes da indústria farmacêutica e os profissionais da saúde; e (5) a dimensão político-administrativa, que contempla as funções do Tribunal de Contas, do Legislativo, Judiciário e da Advocacia Geral da União.

Especificamente sobre a dimensão sóciodemográfica, Asensi (2010) ressalta a importância do pluralismo político, ou seja, os grupos que compõem o centro do poder no que tange ao acesso a direitos, buscando analisar fatores sociais determinantes na produção jurídica e como essa produção pode gerar embates de desigualdade social, promovendo grupos dominantes com maior acesso à lei e ao processo judicial. O acesso à saúde pela via judicial materializa a busca do cidadão por acesso a direitos constitucionais não atendidos na prestação de serviços públicos. Nesse sentido, é importante tratar a questão também do ponto de vista dos prestadores de serviço público (tribunais) e dos usuários desses serviços (demandantes).

REALIZAÇÃO



No caso da judicialização da saúde, uma das principais medidas de desempenho para o demandante do sistema judicial é o acesso ao direito à saúde. Contudo, também devem ser balizados outros dois princípios importantes, como a equidade do acesso e a universalidade. O princípio da equidade preza pelo acesso igualitário de todos os cidadãos aos direitos fundamentais garantidos pelo Estado. Porém, dadas as restrições da capacidade do Estado em atender plenamente esses direitos, os cidadãos têm acesso a serviços limitados de saúde. A judicialização traz à tona o paradoxo da equidade, pois ao tentar promover a garantia dos direitos acaba gerando desigualdades no acesso entre os cidadãos, posto que os que não recorrem à justiça recebem menor atenção do Estado na prestação de serviços públicos. Ainda, o princípio da universalidade pressupõe que todos os cidadãos tenham o mesmo acesso, mesmo que limitado, podendo esse acesso ser comprometido por decisões judiciais (Machado, 2012).

O desempenho judicial pode ser abordado em várias dimensões, conforme o tipo de demanda. Dada a complexidade do problema, acredita-se que quanto maior o número de dimensões consideradas na tomada de decisão, maior a qualidade dessas por considerar os interesses de múltiplos *stakeholders*. Há evidências de que o tempo de experiência do juiz impacta não só sua produtividade (número de processos julgados por período), como também a qualidade dos julgamentos (Bhattacharya & Smyth, 2001; Gomes & Guimarães, 2013). Estudos apontam que um dos fatores que afetam a qualidade da decisão judicial, bem como o tempo de resposta dos juízes é a quantidade de funcionários auxiliares nos tribunais, que atuam no apoio aos juízes (Chaparro & Jiménez 1996, Mitsopoulos & Pelagidis, 2010). Esses funcionários podem influenciar as condições de trabalho dos juízes, repercutindo na produtividade do tribunal (Jonski & Mankowski, 2014). No Brasil, a força de trabalho auxiliar dos juízes de segundo grau tende a ser proporcionalmente maior que a dos juízes de primeiro grau (CNJ, 2018). Nessa perspectiva é possível formular a proposição P1: *a rede de decisão de juízes de segundo grau tem maior densidade (conectividade de fatores e stakeholders) do que a rede de juízes de primeiro grau, dada a maior experiência desses juízes em volume de causas e a mão-de-obra de suporte na tomada de decisão.*

2.1 Dimensões da judicialização da saúde

Com a aprovação da Constituição de 1988, ocorre a expansão do Poder Judiciário no Brasil, emergindo, dentre as atribuições centrais, a judicialização das políticas públicas e o ativismo judicial (Ferreira e Costa, 2013). Conseqüentemente, três condições tornaram-se determinantes da judicialização de políticas públicas: (1) condições políticas, remetendo às discussões inerentes à democracia, pluralismo político, conflitos decorrentes do federalismo e a representatividade da população, garantia dos direitos da supremacia dos direitos do cidadão frente ao descrédito para com as representações políticas e executivas; (2) condições institucionais, ampliando os direitos constitucionais e também o controle constitucional, bem como reconstrução da doutrina judicial; e (3) ativismo judicial, por meio do qual o Judiciário monitora e fiscaliza a atuação dos poderes Executivo e Legislativo no que tange a adoção de medidas para garantia do “núcleo duro” dos direitos constitucionais, como é o caso da saúde (Brandão, 2012; Ferreira e Costa, 2013).

Pandolfo, Delduque e Amaral (2012) apontam fatores associados ao planejamento, execução e limites de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), e de caráter socioeconômico, que condicionam a judicialização da saúde no Brasil: (a) variáveis socioeconômicas e demográficas; (b) disponibilidade de acesso à saúde complementar; (c) tempo de espera por atendimentos; (c) disponibilidade de médicos; (d) condições da estrutura física de atendimento

REALIZAÇÃO



à saúde; (e) porcentagem de medicamentos prescritos efetivamente dispensados; (f) suprimento de medicamentos; (g) tempo médio de desabastecimento de medicamentos nas unidades de saúde; (h) acesso da população ao sistema de saúde; e (i) oferta de bens e serviços nos níveis de atenção e complexidade da saúde. Sobre a exposição dos cidadãos às estruturas precárias de saúde, Ayres, França Júnior e Saletti Filho (2003) sugerem que a vulnerabilidade se caracteriza quando os indivíduos estão em situação de fragilidade no acesso à garantia do direito à saúde seja pela exposição a doenças, falta de tratamento adequado ou ausência de estrutura de saúde pública que previna e trate as questões relacionadas a saúde de forma ampla (OMS, 1978).

Os efeitos negativos da judicialização da saúde podem ser analisados sob três ângulos (D'Espíndula, 2013). O primeiro aponta que o deferimento desses pedidos pode aprofundar as iniquidades de acesso ao sistema público de saúde, ao favorecer pessoas que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente. Além disso, compromete o princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica, que poderiam se beneficiar do objeto da demanda. O segundo ângulo refere-se às dificuldades na gestão da saúde propriamente dita, uma vez que respostas ágeis às demandas judiciais, não previstas previamente, exigem estruturas específicas para seu acompanhamento, com procedimentos de compra não usuais na administração pública, e gastos mais elevados, por exemplo, na aquisição de medicamentos. O terceiro refere-se à segurança do paciente em face de possíveis prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já selecionados e incorporados no SUS, em especial na prescrição de medicamentos e indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas. Problema esse que pode, inclusive, impactar ainda mais o orçamento dos órgãos da administração pública responsáveis pela gestão do sistema de saúde (Figueiredo, 2010).

Medeiros, Diniz e Schwartz (2013) apontam que o cerne do problema distributivo do acesso aos medicamentos (princípio da equidade) advém de: (a) interesses de laboratórios e distribuidores da indústria farmacêutica cujos medicamentos ainda passam por avaliação da eficácia clínica do tratamento; (b) limitações do Estado em gerir a política de assistência farmacêutica; e (c) dificuldades do Estado em gerir essas políticas posto que os instrumentos de administração (planejamento, compras em escala, controle de estoques) são limitados pelas determinações judiciais.

A relação entre Direito e Saúde pública intensificou-se nas últimas décadas, dada a concretização de jurisprudências e intervenções do Judiciário na gestão de saúde pública e nas políticas de Assistência Farmacêutica (Ventura, Simas, Pepe, Schramm, 2010). Essa estratégia empreendida por advogados, defensorias públicas, além de organizações não-governamentais (ONGs), em todo Brasil, culminou em uma jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos no cumprimento do direito de acesso à saúde (Rios, 2003; Scheffer, 2005). Barroso (2009, p.35) relata que: “no limite, o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas”.

2.2 Fatores normativos e stakeholders

A influência de fatores normativos e de *stakeholders* no processo decisório da judicialização da saúde pode ser estudada na perspectiva de campo institucional e de isomorfismo, que compõem a teoria institucional. O processo de estruturação institucional de um campo ocorre por meio de quatro elementos: (i) aumento das interações entre as

REALIZAÇÃO



organizações do campo; (ii) surgimento de estruturas de dominação e padrões claramente definidos; (iii) ampliação da carga de informação que as organizações do campo devem lidar; e (iv) o desenvolvimento de uma conscientização mútua entre os participantes desse grupo de organizações (DiMaggio, 1982).

DiMaggio e Powell (2005) identificaram três tipos de isomorfismo institucional: coercitivo (influências políticas), mimético (práticas organizacionais) e normativo (padronização de comportamentos profissionais). Nesse sentido, as jurisprudências na judicialização da saúde tornam-se um dos principais elementos institucionais que regulam a tomada de decisão de juízes, induzindo ao julgamento pela particularidade dos casos (isomorfismo normativo) e o favorecimento dos requerentes (isomorfismo mimético), dada a ausência de uma legislação que regule critérios analíticos e dimensões da tomada de decisão. Diante da complexidade inerente ao processo de tomada de decisão nos tribunais sobre a judicialização da saúde, no processo de representação dos problemas os atores criam mapas cognitivos para tentar simplificar tal complexidade em variáveis operacionalizáveis, conforme proposto por Simon (1991).

Algumas das razões para a priorização dos cidadãos nas decisões são: (a) falhas do Executivo em gerir a coisa pública, implicando em medidas coercitivas pelo Judiciário até que se cumpra a sentença proferida em favor do demandante; (b) a sobreposição dos direitos fundamentais do cidadão ao princípio da divisão dos poderes do Estado, fazendo com que o Judiciário venha intervir como guardião da Constituição nas ações do Executivo e até do Legislativo; (c) a constatação de que o Executivo não cumpre o texto constitucional ao não conseguir prover corretamente esses direitos; (d) o entendimento da unidade do Estado e interseção entre os poderes; (d) o poder do Judiciário em intervir aspectos econômicos financeiros do Estado em função do cumprimento da lei; (e) predomínio do juízo moral dos juízes e ativismo político em prol do cidadão (Mazza, 2013; Engelmann & Cunha Filho, 2013).

Os procedimentos e práticas regulatórias para aprovação de medicamentos para uso no mercado brasileiro, quando não observados, podem induzir à concorrência desleal e ao crescimento de práticas de *lobbying* pelas indústrias farmacêuticas, que desejam entrar no mercado brasileiro ou mesmo visam induzir ao consumo de medicamentos de maior custo através de prescrições médicas. O Judiciário também poderá intervir procurando alternativas ou novas aplicações médicas em tratamentos não regulados pela ANVISA ou com evidências de *lobbying* da indústria farmacêutica (Borges & Ugá, 2010).

Sobre a perspectiva de múltiplos interesses, Freeman e McVea (2001) apontam que a teoria dos *stakeholders* explica a tarefa de tomadores de decisão em equilibrar os múltiplos relacionamentos e objetivos que circundam as organizações. Para tanto, Mitchell *et al.* (1997) propõem três dimensões analíticas: poder, legitimidade e urgência. Dentre as distintas tipologias de *stakeholders* citadas por Mitchell *et al.* (1997), destacam-se: (1) dominantes (poder e legitimidade) e (2) definitivos (poder, legitimidade e urgência). Diversos estudos (Ventura, Pepe & Schramm, 2010; Torres, 2013; Soares & Calmon, 2012;) têm tratado a judicialização da saúde de forma fragmentada, enfocando em sua grande maioria aspectos inerentes a aplicação da lei e dos direitos fundamentais, o acesso aos tratamentos e a necessidade de se considerar os impactos na gestão da saúde nas diferentes esferas de governo. Nesta pesquisa, utiliza-se a perspectiva de redes sociais visando contemplar uma visão mais ampla da tomada de decisão. A técnica de Análise de Redes Sociais, explicada na seção seguinte, mensura o poder de centralização dos relacionamentos, intermediação e proximidade

REALIZAÇÃO



por meio de indicadores estruturais da rede. Assim, formula-se a proposição P2: *os stakeholders com maior grau de centralidade, intermediação e proximidade da rede de decisão serão da tipologia definitivos (poder, legitimidade e urgência associada a saúde), quando possuem o conhecimento técnico em saúde; ou da tipologia dominantes (poder e legitimidade normativa), quando possuem conhecimento técnico e/ou capacidade de gerar fatores legais-normativos.*

3. Métodos e técnicas da pesquisa

O objeto de estudo escolhido é a judicialização da saúde no Estado de Minas Gerais, abordando decisões de primeiro e segundo graus de jurisdição a fim de contrapor seus respectivos os mapas mentais. O pressuposto é que juízes de primeiro grau decidem casos de judicialização da saúde de forma isolada e em caráter emergencial, geralmente pressionados pela urgência em função do perigo de óbito do demandante, enquanto juízes de segundo grau, que analisam a demanda em grau recursal, decidem de forma colegiada (turmas) e tem mais oportunidade para conflitar argumentos e, eventualmente, reformar decisões de primeiro grau. Ainda, escolheu-se o Estado de Minas Gerais dada a representatividade da judicialização, oito por cento do orçamento da saúde pública em 2017 (SAUDE-MG, 2018) e por possuir um dos Comitês de Saúde mais atuantes com representantes dos principais stakeholders do tema (Pierro, 2017), o que o torna um objeto propício para análise da influência de *stakeholders* nas tipologias de decisão e explicação dos padrões isomórficos predominantes.

Foram entrevistados 10 juízes, sendo cinco de primeiro e cinco de segundo grau. A observação da saturação teórica (padrões repetitivos nas respostas sobre as categorias analíticas) foi utilizada como critério para definição do limite satisfatório da amostra de entrevistas, dada a dificuldade de acesso à públicos de elite (Goldstein, 2002).

As entrevistas foram transcritas e procedeu-se análise de conteúdo dos dados, considerando as categorias analíticas da literatura. A partir dessa análise, identificou-se fatores, stakeholders e temas citados nas entrevistas que foram sistematizados em um banco de dados para construção das matrizes das redes de decisões. Procedeu-se então a Análise de Rede Sociais (Wassermann & Faust, 1994) com o objetivo de entender como os fatores normativos e *stakeholders* abordados nas entrevistas estão relacionados. Formou-se uma matriz de afiliação por meio das somas de sobreposições de produtos cruzados, como sugerem Hanneman & Riddle (2005). Assim, procedeu-se a comparação da centralidade dos temas, sendo utilizadas as seguintes medidas: centralidade de grau, proximidade e a intermediação.

A centralidade do grau de um tema reflete o número de outros temas que são próximos a ele e com os quais está em contato direto (Wasserman & Faust, 1994), ou seja, as temáticas que apresentam mais relações tendem a ocupar posições de destaque na rede (Cadima, Ojeda & Monguet, 2012). O grau de intermediação indica o número de pares de nós da rede que podem ser conectados através da temática (Bez, Faraco, & Angeloni, 2011). A medida de intermediação de um nó é obtida por meio do número de vezes que o tema aparece entre dois atores da rede, representando uma ponte entre a comunicação dos mesmos. Valores mais altos indicam uma melhor capacidade do nó (tema) de intermediar relações entre os demais (Borgatti, Carley & Krackhardt, 2006). O grau de proximidade é a capacidade do tema se ligar a todos os atores da rede. Esse indicador é calculado a partir das distâncias geodésicas entre um ator em relação aos restantes. Valores mais altos indicam uma melhor capacidade do nó de se ligar com os atores restantes da rede (Borgatti, Carley & Krackhardt, 2006). Outra análise utilizada foi a de facções, que identificou os principais subgrupos da rede de fatores normativos e

stakeholders. O indicador de densidade reflete o percentual de conectividade real da rede, considerando o número total de possíveis relações em sua estrutura.

Em seguida, a Análise Comparativa Qualitativa (QCA), técnica baseada em Lógica Booleana (Medina, Ortiz, Álamos-Concha, & Rioux, 2017), foi utilizada para detectar diferenças entre o comportamento entre as redes. Essa técnica é recomendada para um número pequeno (entre 10 e 30) de amostras (Gerring, 2012). A QCA permite encontrar relações lógicas entre fatores normativos, *stakeholders* e temas centrais das redes de decisão, detectando uma equação parcimoniosa que aponte quais elementos das redes são convergentes e divergentes entre a primeira e a segunda instância.

O Quadro 1 resume o processo de análise das categorias analíticas, indicadores e métodos de validação das proposições utilizadas na pesquisa.

Quadro 1. Processo de análise das proposições do estudo

Proposição	Conceitos-chave	Categorias analíticas observadas no conteúdo das entrevistas	Indicadores para validação das proposições	Métodos de validação das proposições
P1	Fatores Normativos: isomorfismos normativos e miméticos	Fatores Normativos: legislações; jurisprudências; instruções e normativas; termos jurídicos; <i>Stakeholders</i> : órgãos dos poderes Executivo, Legislativo, Judiciário; representantes da saúde Privada; partes envolvidas nos processos; agências reguladoras; profissionais da saúde; instituições de pesquisa; laboratórios farmacêuticos; organizações da saúde.	Densidade da rede; centralidade de grau, intermediação e proximidade Experiência profissional em anos; Quantidade de servidores de apoio). Categoria de juiz: (1) primeiro grau e (0) segundo grau (variável <i>dumming</i>).	Etapa 01 Análise de saturação teórico-empírica; Etapa 02 Análise de Redes Sociais; Etapa 03 Análise Comparativa (QCA): redes de categorias analíticas (mapas mentais).
P2	Rede de partes interessadas no processo	<i>Centralidade do stakeholder nas redes</i>	Centralidade de grau, intermediação e proximidade	

4. Resultados e discussão

Foi realizada uma análise sintética (quadro 02) dos principais fatores normativos, *stakeholders* e temas observados na análise de conteúdo das entrevistas. Observou-se que a literatura não contemplava enfoques analíticos que, além de configurar o conjunto de fatores normativos e *stakeholders* da decisão, representassem a hierarquia de fatores que orientam as decisões dos juízes. Assim, foi criada categoria “orientação da decisão” após perceber que havia um pensamento norteador dos fatores e *stakeholders* que comporiam os mapas mentais. Percebeu-se que existiam duas polaridades de perfis de decisores: (a) racionalistas; (b) garantistas, sendo que alguns entrevistados tinham características de ambos. A categoria “orientação da decisão” emergiu a partir da interpretação das falas dos participantes das

entrevistas. Os resultados do estudo apontam a relevância e necessidade de apontamento dessa nova categoria analítica e, em virtude disso, a mesma foi incluída no quadro 02.

Quadro 02. Fatores Normativos, Stakeholders e Orientação da Decisão na Judicialização da Saúde.

Categories de Juízes	Categoria Fatores Normativos	Categoria Stakeholders	Orientação da Decisão
Primeiro Grau	<p>Leis, instruções e normativas citados: Constituição Federal (CF) de 1988, Lei 12153 de 2009</p> <p>Temas abordados nas entrevistas: Juiz garantista, garantia a saúde, sociedade civil, aparato estatal, negligência, políticas públicas, transparência, especialização, critérios, relatório médico, urgência, recurso, emoção, responsabilidade, sociedade, moralidade, competência, manipulação das partes, perícia, relação de consumo</p>	<p>Definitivos: NATs (Núcleos de Apoio Técnico), ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), Laboratórios Farmacêuticos, UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais (Secretaria de Saúde</p> <p>Dominantes: TJMG (Tribunal de Justiça de Minas Gerais), Ministério Público, STF (Supremo Tribunal Federal), Juizado Especial.</p> <p>Outros: Fazenda pública,</p>	Urgência da demanda e garantia do direito
Segundo Grau	<p>Leis, instruções e normativas citados: CF 1988, tema 106 CNJ, Lei 8080 de 1990, Código Civil, LINDIPE, RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), Normativas ANS (Agência Nacional de Saúde), Código de Processo Civil, Código Defesa Consumidor, Notas técnicas NATs, Código de Processo Civil, Decreto 4708 2003</p> <p>Temas abordados nas entrevistas: Acesso universal e igualitário, integridade, equidade, regulação, responsabilidade dos entes, evidência científica, orçamento, perícia, racionalidade, relatório médico, senso comum, urgência, recurso, emoção, coletividade, demandas Individuais, 60 salários mínimos (limite de valor para ações no juizado especial)</p>	<p>Definitivos: Laboratórios Farmacêuticos, ANVISA, Comitê de Saúde,</p> <p>Dominantes: Defensoria Pública, Supremo, CNJ (Conselho Nacional de Justiça), Superior Tribunal de Justiça (STJ), Fazenda Pública, CICAFA, ENFAM (<i>Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados</i>)</p> <p>Outros: <i>Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais</i> (IPSEMG)</p>	Análise técnica especialistas, perspectiva sistêmica da demanda e suas implicações

A orientação racionalista, que configura a tipologia do “homem administrativo” proposta por March e Simon (1958), reconhece a capacidade limitada do decisor de ter conhecimento de todas as alternativas possíveis de decisão e que, para “otimizar” uma decisão é necessário (1) definir um conjunto de critérios para comparação das alternativas e (2) escolher a alternativa que contemple resultados satisfatórios nos critérios delineados pela organização. Considerando que a judicialização da saúde possui orientações e critérios de decisão a serem considerados pelos magistrados, definidos por órgãos como Tribunais Superiores, Comitês de Saúde, NATs (Núcleos de Apoio Técnico), entende-se que a consideração desses critérios

caracteriza o perfil de orientação racionalista. As falas dos entrevistados com orientação racionalista, contemplam a decisão de forma mais ampla, com maior amplitude de fatores e consequências:

Um fluxo contínuo para decidir com racionalidade é a nossa preocupação. [...] Até porque a Constituição Federal quando ela fala sobre acesso universal e igualitário, é acesso universal e igualitário. Então, no momento que eu dou um medicamento para uma pessoa, eu tenho que ter condições de dar para todas as pessoas também. (Entrev_01_Segundo Grau).

Existem muitos colegas que julgam como se [...] fossem os autores da ação. [...]. Então, acaba valorizando a regra constitucional [...] sem pensar que o direito de um também é retirado do direito do outro. [...] Quando [o juiz] atende alguém e oferece um medicamento com um custo muito elevado [...], está havendo perda do direito social de alguma pessoa, não somente na saúde, mas também na educação e outra política pública que o município [...] não consegue [prestar] por que precisa canalizar os recursos para atender aquela decisão judicial específica. (Entrev_07_Segundo Grau)

A orientação garantista preconiza que a base dos Estados democráticos está na garantia dos direitos constitucionais fundamentais, por serem estes invioláveis, indisponíveis e inalienáveis (Cademartori & Grubba, 2012). Assim, a decisão é orientada para a garantia dos direitos constitucionais pelos cidadãos e não para análise de alternativas dentro dos critérios orientadores da decisão definidos pelas organizações normatizadoras, como o CNJ, STJ e STF. Os relatos dos entrevistados com orientação garantista, focam na urgência da demanda da saúde a partir do laudo médico:

[...] eu vejo que esse trabalho, essa responsabilidade do juiz, ela tem que transcender os postulados, porque se você for formalista, fizer tudo de forma ortodoxa, você cumpre a lei, você é eficiente, mas onde é que fica a eficácia? Você vai transferir a pessoa para o CTI três dias depois, aí eles apresentam o atestado de óbito. Você cumpriu a lei? Cumpriu. Foi eficiente? Foi. E a eficácia onde é que fica? (Entrev_10_Primeiro Grau)

[...] a gente recebe os processos com demanda individualizada em que, muitas vezes, a pessoa está em uma situação de risco de vida, traz essa urgência. E a gente é colocado na parede e tem que decidir isso rápido. Só que é uma decisão muito sem informação, é uma decisão no escuro. (Entrev_08_Primeiro Grau)

Dentre os entrevistados, uma juíza que atua no primeiro e segundo graus apontou sua percepção quanto às diferenças da orientação da decisão:

No primeiro grau a gente perde muito com a questão da urgência [...] você é levada na emoção [...] muitas vezes você não tem nem como intimar a parte contrária. [...] O juiz de primeiro grau recebe o fato do advogado e [o demandante] muitas vezes está em uma situação muito complicada em termos de saúde. Então ele [o juiz] pode ser mais influenciado por essa questão da emoção que as vezes a situação traz, do que o juiz do segundo grau. [...] No segundo grau, a gente tem mais responsabilidade (Entrev_02).

Quanto a estrutura das redes de decisão (figuras 01 e 02), verifica-se que a rede de decisão dos juízes de segundo grau possui 69 nós, sendo 11 *stakeholders* (16%) e 58 fatores normativos (84%). Já a rede de decisões em primeiro grau possui 40 nós, sendo 12 *stakeholders* (30%) e 28 fatores normativos (70%). Acredita-se que a característica de maior grau de influência dos *stakeholders* no primeiro grau decorre da proximidade desse tipo de juiz com as partes envolvidas nos processos, ao passo que na instância recursal (segundo grau) as análises tendem a ser mais técnicas (maior grau de influência de fatores normativos) e com maior volume de fatores de suporte a decisão. A partir da morfologia das redes de decisão, infere-se que os juízes de segundo grau possuem um enfoque mais sistêmico e normativo do fenômeno, tendem a tomar decisões de forma mais isomórfica que os juízes de primeiro grau, que possuem

maior liberdade de decisão fundamentada na urgência da demanda dos pacientes e na perspectiva garantista.

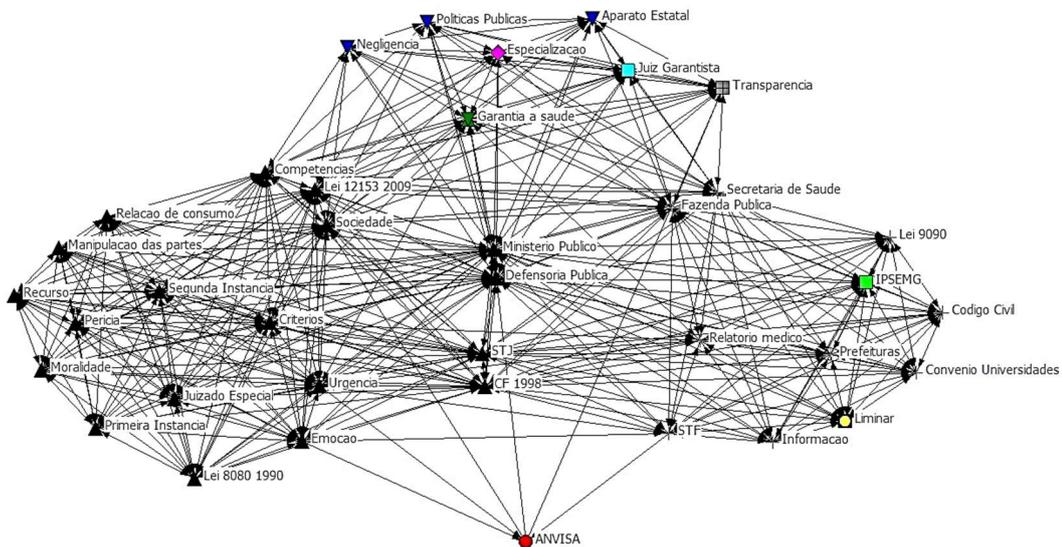


Figura 01. Fatores normativos e *stakeholders* relevantes para tomada de decisão de juízes de 1º. grau em processos de judicialização da saúde.

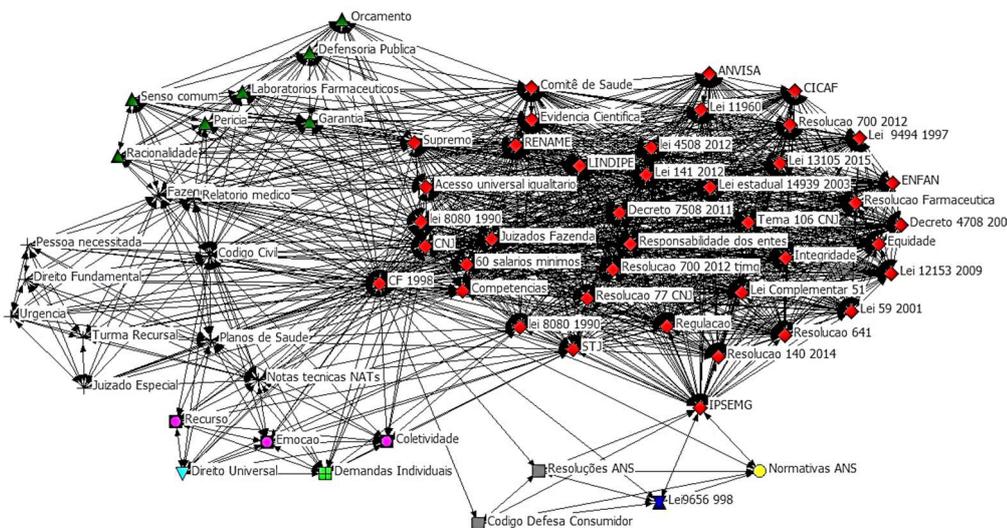


Figura 02. Fatores normativos e *stakeholders* relevantes para tomada de decisão de juízes de 2º. grau em processos de judicialização da saúde.

Quando comparadas as redes de decisão entre juízes de primeiro e segundo grau (figuras 01 e 02, respectivamente), verifica-se que a rede de juízes de segundo grau possui densidade de 0,500, enquanto a de juízes de primeiro grau, 0,563. Embora esses percentuais de densidade estejam próximos, verifica-se que a estrutura de volume e posicionamento de fatores normativos e *stakeholders* das redes são distintos.

O quadro 03 apresenta os de centralidade, intermediação e proximidade das redes de decisão de juízes de primeiro e segundo graus. Na primeira, possuem maior centralidade: a Defensoria Pública (grau 38,00), o Ministério Público (grau 37,00), a Constituição Federal de

REALIZAÇÃO



1988 (grau 30,00), o Superior Tribunal de Justiça – STJ (grau 30,00), a Sociedade (grau 29,00) e as competências dos entes federativos (União, Estado e Municípios) com grau 28,00. Na rede de segundo grau destacam-se, em termos de centralidade: Constituição Federal de 1988 (grau 65,00), o Conselho Nacional de Justiça – CNJ (grau 56,00), a Lei 8080 de 1990, que operacionaliza o funcionamento do SÚS (grau 56,00), o fator 60 salários mínimos e a Lei 12153 de 2009, referem-se ao funcionamento e às competências dos Juizados Especiais (grau 49,00) e as competências dos entes federativos, com grau 49,00.

Quadro 03. Centralidade, Intermediação e Proximidade de Fatores Normativos e Stakeholders em Redes de Decisão de Juizes de 1º. e 2º. Graus.

Rede Juizes Primeiro Grau				Rede Juizes Segundo Grau			
Fatores Normativos e stakeholders	Degree	Closeness	Betweenness	Fatores Normativos e stakeholders	Degree	Closeness	Betweenness
Defensoria Pública	38.00	38.00	45.873	CF 1998	65.00	65.00	301.37
Ministério Público	37.00	38.00	26.207	CNJ	56.00	74.00	83.05
CF 1998	30.00	45.00	60.90	lei 8080 1990	56.00	74.00	83.05
STJ	30.00	45.00	60.90	Acesso universal igualitario	49.00	81.00	29.83
Sociedade	29.00	47.00	52.58	Comitê de Saude	49.00	81.00	29.83
Competências	28.00	47.00	41.92	STF	49.00	81.00	29.83
Lei 12153 2009	28.00	47.00	41.92	60 salários mínimos	49.00	81.00	53.37
Fazenda Pública	25.00	50.00	42.12	Competências	49.00	81.00	53.37
Secretaria de Saúde	25.00	50.00	42.12	Evidência Científica	49.00	81.00	29.83
Urgência	22.00	52.00	23.30	Juizados Fazenda	49.00	81.00	53.37
Critérios	21.00	54.00	7.21	LINDIPE	49.00	81.00	29.83
Emoção	20.00	54.00	13.86	RENAME	49.00	81.00	29.83
Juizado Especial	19.00	56.00	0,000	STJ	47.00	83.00	42.32
Lei 8080 1990	19.00	56.00	0,000	IPSEMG	43.00	87.00	76.00
Manipulação das partes	19.00	56.00	0,000	ANVISA	39.00	91.00	0,000
Moralidade	19.00	56.00	0,000	CICAF	39.00	91.00	0,000
Perícia	19.00	56.00	0,000	Decreto 4708 2003	39.00	91.00	0,000
Primeira Instância	19.00	56.00	0,000	Decreto 7508 2011	39.00	91.00	0,000
Recurso	19.00	56.00	0,000	ENFAN	39.00	91.00	0,000
Relação de consumo	19.00	56.00	0,000				

A Defensoria Pública, *stakeholder* mais relevante na rede de primeiro grau, atua na inserção social de cidadãos com vulnerabilidade social, tanto do ponto de vista econômico quanto do aspecto da saúde, o que corrobora com os tipos de determinantes da judicialização da saúde apontados por Pandolfo, Delduque e Amaral (2012): (a) variáveis socioeconômicas e demográficas e (b) acesso da população ao sistema de saúde. O Ministério Público, segundo

stakeholder em relevância, concentra seus esforços em dois eixos: a) a fiscalização dos gestores e prestadores de serviços; (b) a mediação de conflitos entre os atores envolvidos no campo da saúde (Assensi, 2010, p. 77). Outros stakeholders como o STJ e o CNJ, concentram suas ações na produção de novas práticas normativas para o campo (isomorfismo), que irão orientar as decisões dos juízes em todas as instâncias. Destacam-se, também, a relevância dos *stakeholders* ANVISA e ANS, agências reguladoras, na produção de normativas que orientam decisões de juízes, além de outros stakeholders relevantes, como Ministério Público e Defensoria Pública, institucionalizando práticas isomórficas, como proposto por DiMaggio e Powell (2005).

Neste sentido, quanto à análise da *primeira proposição*, constatou-se que a rede de decisões de segundo grau não possui densidade (conectividade de fatores e *stakeholders*) superior que a rede de primeiro grau ($0,50 < 0,56$). Contudo, a rede de segundo grau possui maior número de nós, os decisores detêm maior número de servidores de apoio e maior média de experiência em anos na magistratura, sendo o primeiro grau com média de 18 anos e segundo grau com média de 27 anos.

Para Análise Qualitativa Comarativa (QCA) sobre as diferenças entre redes de decisão (proposição 01), foram escolhidos os cinco elementos da rede com maior centralidade a fim de compor a tabela analítica para comparação entre redes, quadro 05. Ao calcular a equação parcimoniosa (Figura 04) por meio da técnica QCA, verificou-se que a interseção o fator normativo CF 1988 e o stakeholder Ministério Público são condições suficientes para diferenciar o mapa mental de juízes de primeiro grau em relação aos de segundo grau, posto que somente os primeiros fazem menção ao Ministério Público e o ponto central comum entre ambos é a CF 1988. Ao analisar as cinco variáveis com maior centralidade nas redes de juízes de primeiro e segundo grau pelo método QCA, é possível constatar que somente a CF 1988 é comum em ambos os mapas, sendo os demais distintos, o que ratifica os resultados de saturação empírica quanto a diferença da orientação da decisão por estes grupos.

Figura 4. Equação Parcimoniosa QCA

CF 1988 {1} Ministerio Publico {0}

(Entrev_01_D01+Entrev_04_D02+Entrev_07_D03+Entrev_09_D04+Entrev_11_D05)

Quanto a análise da *segunda proposição*, verifica-se que os três *stakeholders* com maior centralidade, intermediação e proximidade na rede de decisões de primeiro grau são do tipo dominante (poder e legitimidade normativa): Defensoria Pública, o Ministério Público, o Supremo Tribunal de Justiça – STJ. *Stakeholders* definitivos (poder, legitimidade e urgência associada a saúde) aparecem com menor grau de influência na rede, sendo apontada apenas a Secretaria de Saúde. Na rede de decisões de segundo grau, destacam-se como *stakeholders* dominantes o CNJ, os Comitês de Saúde e o STJ; e como definitivos são destacam-se IPSEMG (Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais) e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Em ambas as redes os *stakeholders* mais influentes detêm legitimidade decorrente do conhecimento técnico em normativas e orientações de saúde, com a exceção do IPSEMG, confirmando a segunda proposição.

5. Conclusões

Buscou-se, nesta pesquisa, apresentar elementos teórico-empíricos que possam explicar a estrutura das redes de *stakeholders* e fatores normativos que configuram “mapas mentais”, redes analíticas, da tomada de decisão dos juízes; bem como explicar o papel desses

REALIZAÇÃO



stakeholders e fatores normativos nas redes de decisão. Na revisão de literatura mapeou-se categorias analíticas concentradas nos seguintes aspectos: (1) Fatores Normativos - leis, instruções e normativas; (2) Stakeholders – definitivos e dominantes. Porém, a partir das entrevistas, identificou-se uma nova categoria analítica (orientação da decisão) relevante a ser considerada em estudos sobre tomada de decisão de juízes. Essa categoria expressa os principais critérios orientadores dos fatores normativos e stakeholders a serem considerados nas decisões.

A respeito das relações entre fatores normativos e *stakeholders* nas redes de decisão, observou-se que a rede de juízes de segundo grau possui maior número de nós. A partir das morfologias das redes de decisão, infere-se que os juízes de segundo grau possuem um enfoque mais sistêmico e normativo do fenômeno, tendem a tomar decisões de forma mais isomórfica que os juízes de primeiro grau, que geralmente decidem com força na urgência da demanda dos pacientes e na perspectiva garantista. Referente à categoria Fatores Normativos, destacam-se: a Constituição Federal (CF) de 1988, a Lei 12153 de 2009, normativas do CNJ, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e as Normativas Agência Nacional de Saúde.

Quanto à proposição P1, constatou-se que a rede de decisões de segundo grau não possui densidade (conectividade de fatores e *stakeholders*) superior que a rede de primeiro grau ($0,50 < 0,56$), contrapondo o levantado na literatura. Porém, a rede de segundo grau possui maior número de nós, os decisores detêm maior número de servidores de apoio e maior média de experiência em anos na magistratura. Sobre a proposição P2, observou-se que os stakeholders com maior centralidade pertencem às categorias definitivos e dominantes. Dentre os stakeholders do tipo dominante (poder e legitimidade normativa), destacam-se: Defensoria Pública, o Ministério Público, o Supremo Tribunal de Justiça – STJ, CNJ, os Comitês de Saúde e o STJ. Dentre os stakeholders definitivos (poder, legitimidade e urgência associada a saúde) são citados a Secretaria de Saúde e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Associa-se a atuação da Defensoria Pública a inserção de cidadãos com vulnerabilidade social no direito à saúde e, em um outro âmbito, o Ministério Público na fiscalização dos gestores e prestadores de serviços, bem como na mediação de conflitos entre os atores envolvidos no campo. Já *stakeholders* como o Supremo Tribunal de Justiça e o Conselho Nacional de Justiça, concentram suas ações na produção de novas práticas normativas para o campo (isomorfismo), que irão orientar as decisões dos juízes em todas as instâncias. Os papéis da ANVISA e ANS, agências reguladoras, destacam-se na produção de normativas que orientam decisões dos magistrados e outros *stakeholders* relevantes nos processos, como Ministério Público e Defensoria Pública, institucionalizando práticas isomórficas.

Dada a complexidade analítica do tema, o estudo limita-se quanto a discussão da totalidade dos fatores mapeados nas entrevistas e suas interligações com os *stakeholders*, concentrando-se nos que possuem maior centralidade nas redes. Como agenda de futuros estudos, sugere-se abordar a discussão de mapas de decisão sob a luz da teoria da agência, evidenciando a relação do poder de influência dos *stakeholders* na relação entre agente (juízes) e principal (Judiciário). Também acreditamos que a perspectiva de redes seja relevante para tratar aspectos sobre o campo de domínio das organizações e seus *stakeholders* principais.

Referências

REALIZAÇÃO



- 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, Centro de Justiça e Sociedade.
- 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, Centro de Justiça e Sociedade.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, 2, 121-144.
- Barroso, L. R. (2009). Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisp. Mineira*, Belo Horizonte, a. 60, n° 188, p. 29-60.
- Bhattacharya, M.; Smyth, R. (2001) Ageing and productivity among judges: Some empirical evidence from the High Court of Australia. *Australian Economic Papers*, v. 40, p. 199-212.
- Borgatti, S. P., & Li, X. (2009). On social network analysis in a supply chain context. *Journal of Supply Chain Management*, 45(2), 5-22.
- Borges, D. D. C. L., & Ugá, M. A. D. (2010). Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 26(1), 59-69.
- Boyne, G. A. (2002). Theme: Local Government: concepts and indicators of local authority performance: an evaluation of the statutory frameworks in England and Wales. *Public Money and Management*, 22(2), 17-24.
- Boyne, G. A. (2003). Sources of public service improvement: A critical review and research agenda. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13 (3):367-394
- Cademartori, L. H. U., & Grubba, L. S. (2012). O embasamento dos direitos humanos e sua relação com os direitos fundamentais a partir do diálogo garantista com a teoria da reinvenção dos direitos humanos. *Revista Direito GV*, 8(2), 703-724.
- Cadima, R., Ojeda, J., & Monguet, J. M. (2012). Social Networks and Performance in Distributed Learning Communities. *Educational Technology & Society*, 15(4), 296-304.
- Chisholm, D. (1995). Problem solving and institutional design. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(4), 451-492.
- CNJ. *Justiça em números*. Brasília: 2018.
- D'Espíndula, Thereza C (2013). Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, v. 21, n. 3.
- DiMaggio, P. J.; Powell, W. W. (2005) A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 74-89, abr./jun.
- Dutton, J. E., Fahey, L., & Narayanan, V. K. (1983). Toward understanding strategic issue diagnosis. *Strategic Management Journal*, 4(4), 307-323. <https://doi.org/10.1002/smj.4250040403>
- Engelmann, F., & Cunha Filho, M. C. (2013). Ações judiciais, conteúdos políticos: uma proposta de análise para o caso brasileiro. *Revista de Sociologia e Política*, 21(45), 57-72.
- Ferreira, S. L., & Costa, A. M. D. (2013). Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais. *Revista SJRJ*. Rio de Janeiro, 20(36), 219-240.
- Figueiredo, Tatiana; Pepe, Vera; Castro, Claudia. (2010). Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.20 n.1.

REALIZAÇÃO



- Freeman, R. E., & McVea, J. (2001). A stakeholder approach to strategic management. *The Blackwell handbook of strategic management*, 189-207.
- Gerring, J. (2012). *Social Science Methodology: A Unified Framework*. Cambridge University Press
- Gomes, A. O., & Guimarães, T. A. (2013). Desempenho no Judiciário. Conceituação, estado da arte e agenda de pesquisa. *Revista de Administração Pública-RAP*, 47(2).
- Gomes, L. F. A. M. *Teoria da Decisão*. Coleção debates em administração. São Paulo: Editora Thomson Learning, 2007.
- Goldstein, K. (2002). Getting in the door: Sampling and completing elite interviews. *PS: Political Science & Politics*, 35(4), 669-672.
- Hanneman, R. A., & Riddle, M. (2005). Introduction to social network analysis. Retrieved July, 12, 2005.
- Hanneman, R. A., & Riddle, M. (2005). Introduction to social network methods.
- Jonski, K., & Mankowski, D. (2014). Is Sky the Limit-Revisiting Exogenous Productivity of Judges Argument. In *IJCA* (Vol. 6, p. 53).
- Jonski, K., & Mankowski, D. (2014). Is Sky the Limit-Revisiting Exogenous Productivity of Judges Argument. In *IJCA* (Vol. 6, p. 53).
- Lyra, M. G., Gomes, R. C., & Jacovine, L. A. G. (2009). O papel dos stakeholders na sustentabilidade da empresa: contribuições para construção de um modelo de análise.
- Machado, R. S., F., & Dain, S. (2012). A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública-RAP*, 46(4).
- March, J. G., & Simon, H. A. (1958). *Organizations*.
- Matias, J. L. N., & Muniz, A. (2015). Judiciary and the Right to Health. *Braz. J. Pub. Pol'y*, 5, 195.
- Mazza, F. F. (2013). Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo orçamentário sob a responsabilidade fiscal: uma análise dos fundamentos decisórios do Supremo Tribunal Federal. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo.
- Medina, I., Ortiz, P. J. C., Álamos-Concha, P., & Rihoux, B. (2017). *Análisis Cualitativo Comparado (QCA)*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of management review*, 22(4), 853-886.
- Mitsopoulos, M., & Pelagidis, T. (2010). Greek appeals courts' quality analysis and performance. *European Journal of Law and Economics*, 30(1), 17-39.
- Moraes, I. S. D. (2017). *Judicialização da saúde: como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?* Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília.
- O. M. S. (1978). Conferência Internacional. 6-12 Setembro 1978—Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento.
- 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. Demandas crescentes: Parcerias entre instituições de pesquisa e a esfera pública procuram entender a judicialização da saúde e propor estratégias para lidar com o fenômeno.

REALIZAÇÃO



- Pesquisa FAPESP. 2017 < <http://revistapesquisa.fapesp.br/2017/02/10/demandas-crescentes/>>
- Rios, R. (2003). Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. *Divulg. saúde debate*, (27), 95-106.
- Rihoux, B., & Meur, G. (2009). Crisp-set qualitative comparative analysis (csQca). In: Rihoux, B., Ragin, C. C. (2009). *Configurational comparative methods: ...* Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Rowley, T. J. (1997). Moving beyond dyadic ties: A network theory of stakeholder influences. *Academy of management Review*, 22(4), 887-910.
- Saúde-MG. Judicialização da saúde. Secretaria de saúde de Minas Gerais. Acessado em 09 de novembro de 2018. < <http://www.saude.mg.gov.br/judicializacao>>
- Simon, H. A. (1991). Bounded rationality and organizational learning. *Organization science*, 2(1), 125-134.1.
- Simon, H. A. (1991). Bounded rationality and organizational learning. *Organization science*, 2(1), 125-134.1
- Soares, Reis de Souza; Calmon, Jussara; Deprá, Aline. (2012). Ligações Perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1.
- Torres, I. D. C. (2013) Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. 2013. 88f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Thompson, J. D. (1976). *Dinâmica organizacional: fundamentos sociológicos da teoria administrativa*. Tradução de Gert Meyer. Revisão técnica de Daisy Aparecida Clementino de Souza. McGraw-Hill: São Paulo.
- Ventura, M., Simas, L., Pepe, V. L. E., & Schramm, F. R. (2010). Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 77-100.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis: Methods and applications* (Vol. 8). Cambridge University Press.

REALIZAÇÃO

