



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO**

SAMARA VIANA COSTA

PODER JUDICIÁRIO E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: judicialização das
demandas de saúde por Covid-19 no Brasil

**BELÉM-PA
2025**

SAMARA VIANA COSTA

PODER JUDICIÁRIO E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: judicialização das
demandas de saúde por Covid-19 no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências do Desenvolvimento Socioambiental. Área de Concentração: Desenvolvimento Socioambiental.

Orientador: Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento

BELÉM-PA
2025

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)**

C837p Costa, Samara Viana.
Poder judiciário e política pública de saúde: judicialização das
demandas de saúde por Covid-19 no Brasil / Samara Viana Costa. – 2025.
125f.: il. Color.

Orientador(a): Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará,
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-
Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico |
Úmido, Belém, 2025.

1. COVID-19. 2. Direito à saúde. 3. Judicialização.
4. Desenvolvimento socioeconômico. 5. políticas
Públicas. I. Título.

CDD 300

SAMARA VIANA COSTA

PODER JUDICIÁRIO E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: judicialização das demandas de saúde por Covid-19 no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciências do Desenvolvimento Socioambiental. Área de Concentração: Desenvolvimento Socioambiental.

Aprovado em: 10 de setembro de 2025

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento

Presidente – Orientador

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU/NAEA/UFPA)

Prof. Dr. Armin Mathis

Membro – Examinador Interno

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU/NAEA/UFPA)

Prof. Dr. Hisakhana Pahoona Corbin

Membro – Examinador Interno

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU/NAEA/UFPA)

Prof. Dr. João Cauby de Almeida Júnior

Membro – Examinador Externo

Programa de Pós-Graduação em Ciência do Meio Ambiente (PPGCMA/ICEN/UFPA)

Prof. Dr. Jarsen Luís Castro Guimarães

Membro – Examinador Externo

Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND/ICS/UFOPA)

Ao meu Deus Pai.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Lúcia de Fátima e Ruy Barbosa, minha eterna gratidão por todo amor, apoio incondicional e pelos ensinamentos que me conduziram ao longo da vida. Vocês são minha base, e sem vocês nada disso seria possível.

Aos meus irmãos, que sempre estiveram ao meu lado, compartilhando momentos de alegria e superação. Agradeço o carinho, o incentivo e por me darem força nos momentos de dificuldade.

Ao meu esposo, sou imensamente grata pelo amor, paciência e apoio em todas as etapas desta caminhada. Obrigada por estar ao meu lado, incentivando-me e sendo meu porto seguro nos momentos mais desafiadores.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento, sou profundamente grata pela paciência, dedicação e por acreditar no meu potencial. Sua orientação foi essencial para a concretização deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Agradeço à Universidade Federal do Pará e ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido por me proporcionarem o ambiente e os recursos necessários para a realização deste doutorado. Agradeço a todos os professores e colegas que, de alguma forma, contribuíram para minha formação.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa trajetória, oferecendo suporte, amizade e compreensão. Esse trabalho é fruto do esforço conjunto de todos que acreditaram em mim.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal do Brasil, Art. 196).

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 escancarou fragilidades históricas do Sistema Único de Saúde (SUS) e intensificou desigualdades regionais no acesso a serviços essenciais. Diante da insuficiência de políticas públicas eficazes e da sobrecarga hospitalar, milhares de brasileiros recorreram ao Judiciário para garantir tratamentos, leitos e medicamentos. Nesse contexto, a judicialização da saúde despontou como fenômeno relevante, refletindo não apenas o colapso sanitário, mas também assimetrias no acesso à Justiça e na efetivação do direito à saúde. **Objetivo:** Esta tese teve como objetivo geral investigar os impactos sociais e econômicos da pandemia de COVID-19 na judicialização da saúde nos estados brasileiros. Especificamente, buscou-se identificar o perfil socioeconômico da população que judicializou demandas de saúde, analisar a relação entre infraestrutura hospitalar e volume de ações judiciais, assim como avaliar os padrões espaciais e orçamentários associados ao fenômeno. **Metodologia:** Adotou-se uma abordagem multidisciplinar, com técnicas de estatística descritiva, análise de correlação de Pearson e análise espacial (Índice de Moran), integrando dados de fontes oficiais como IBGE, IPEA, FIRJAN, Ministério da Saúde e sentenças judiciais coletadas via API do CNJ. Indicadores como IDH, IVS e Índice de Gini foram cruzados com dados sobre judicialização, infraestrutura hospitalar e gastos em saúde pública nos 27 estados brasileiros, no período de 2019 a 2022. **Resultados:** Os resultados indicam que a judicialização da saúde foi mais intensa nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior IDH, escolaridade e estrutura institucional. Em contrapartida, regiões mais vulneráveis, como Norte e Nordeste, embora duramente afetadas pela pandemia, apresentaram menor número de ações judiciais. A judicialização mostrou-se fortemente correlacionada ao nível de desenvolvimento humano, mas não à vulnerabilidade social ou à desigualdade de renda. Também foram identificadas correlações relevantes entre taxas de mortalidade e incidência de COVID-19, refletindo a pressão sobre o sistema de saúde. **Conclusão:** A pesquisa confirma que a judicialização da saúde durante a pandemia está associada ao nível de desenvolvimento socioeconômico, revelando um paradoxo: quem mais precisa da Justiça menos a acessa. O fenômeno, embora atue como mecanismo de garantia de direitos, evidencia falhas estruturais do Estado em prover saúde pública de forma equitativa. Recomenda-se o fortalecimento do SUS, a ampliação da equidade no acesso à Justiça e o aprimoramento das políticas públicas como caminhos para reduzir a judicialização e promover a justiça social em contextos emergenciais.

Palavras-chave: COVID-19; direito à saúde; judicialização; desenvolvimento socioeconômico; políticas públicas.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic exposed longstanding structural weaknesses in Brazil's Unified Health System (SUS) and intensified regional inequalities in access to essential services. In the face of insufficient public policies and overwhelmed hospital infrastructure, thousands of Brazilians turned to the judiciary to obtain treatments, ICU beds, and medications. In this context, the judicialization of health emerged as a significant phenomenon, reflecting not only a public health crisis but also disparities in access to justice and in the realization of the right to health. **Objective:** This thesis aimed to investigate the social and economic impacts of the COVID-19 pandemic on the judicialization of health across Brazilian states. Specifically, it sought to identify the socioeconomic profile of the population that filed lawsuits, examine the relationship between hospital infrastructure and the volume of legal actions, and assess the spatial and budgetary patterns associated with this phenomenon. **Methodology:** A multidisciplinary approach was adopted, using descriptive statistics, Pearson correlation analysis, and spatial analysis (Moran's Index), integrating data from official sources such as IBGE, IPEA, FIRJAN, the Ministry of Health, and court rulings collected via the CNJ API. Indicators such as HDI, SVI, and the Gini Index were cross-referenced with data on judicialization, hospital infrastructure, and public health expenditures across Brazil's 27 states, covering the period from 2019 to 2022. **Results:** Findings indicate that health-related legal actions were more prevalent in the South and Southeast regions, where higher HDI, educational attainment, and institutional capacity are observed. Conversely, more socially vulnerable regions like the North and Northeast—despite being heavily impacted by the pandemic—registered fewer lawsuits. Judicialization was strongly correlated with human development levels, but not with social vulnerability or income inequality. Relevant correlations were also found between COVID-19 mortality and incidence rates, revealing the pressure exerted on the healthcare system. **Conclusion:** The study confirms that the judicialization of health during the pandemic is associated with socioeconomic development, revealing a paradox: those who most need justice are often those with the least access to it. While judicialization functions as a mechanism for ensuring rights, it also exposes structural failures in the state's ability to deliver equitable public healthcare. Strengthening SUS, expanding equitable access to justice, and improving public policies are essential steps toward reducing judicialization and promoting social justice in emergency contexts.

Keywords: COVID-19; right to health; judicialization; socioeconomic development; public policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do Poder Judiciário Brasileiro	56
Figura 2 - Fluxograma obtenção do Dataset	59
Figura 3 – Fluxograma da seleção dos processos	60
Figura 4 – Análise do Ranking de Casos judicialização das demandas de saúde por covid-19 nos anos de 2020, 2021 e 2022.....	69
Figura 5 – Distribuição Espacial dos Indicadores Socioeconômicos e sua Relação com a Taxa de Judicialização.....	82
Figura 6 – Distribuição Espacial dos indicadores de renda e escolaridade e sua Relação com a Taxa de Judicialização.....	86
Figura 7 - Distribuição Espacial dos indicadores de saúde e sua Relação com a Taxa de Judicialização.....	91
Figura 8 - Distribuição Espacial dos indicadores de renda e escolaridade e sua Relação com a Taxa de Judicialização.....	95
Figura 9 – Análise Espacial Bivariada entre a Taxa Média de Judicialização e Indicadores Socioeconômico no Brasil, no período de 2020-2022. Sendo (a) Judicialização x IVS Médio; (b) Judicialização x IG Médio; (c) Judicialização x IDH Médio) Mapas de agrupamento BBiLISA, mapas de significância local e gráficos de dispersão do índice de Moran bivariado	98
Figura 10 – Análise Espacial Bivariada entre a Taxa Média de Judicialização e Indicadores de renda e escolaridade no Brasil, no período de 2020-2022. Sendo (a) Judicialização x Pib Per Capita Médio; (b) Judicialização x Média de anos de Estudo	100
Figura 11 – Análise Espacial Bivariada entre a Taxa Média de Judicialização e Indicadores de renda e escolaridade no Brasil, no período de 2020-2022. Sendo (a) Judicialização x média de leitos; (b) Judicialização x Taxa média de internação; (c) Judicialização x quantidade média de respiradores; (d) Judicialização x taxa de incidência (e) Judicialização X Taxa de Mortalidade. Mapas de agrupamento BiLISA, mapas de significância local e gráficos de dispersão do índice de Moran bivariado.	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade e percentual de estados de acordo com a taxa média de judicialização das demandas de saúde por covid-19 no Brasil, por Região.....	68
Tabela 2 – Análise comparativa de indicadores sociais por Região no Brasil (2020 a 2022).....	71
Tabela 3 – Análise comparativa de renda e escolaridade por Região no Brasil (2020 a 2022).....	72
Tabela 4 – Análise comparativa de indicadores de saúde por Região no Brasil (2020 a 2022).....	74
Tabela 5 – Resultado do Teste de Correlação de Pearson entre Taxa de Judicialização da Saúde (Covid-19), IDH, IVS, Índice de Gini (IG) e Escolaridade.....	76
Tabela 6 – Resultado do Teste de Correlação de Pearson entre Taxa de Judicialização da Saúde (Covid-19) e indicadores de morbimortalidade, leitos SUS, taxa de internação e nº de respiradores.....	77
Tabela 7 – Índice de Moran Bivariado entre a Taxa de Judicialização da Saúde por COVID-19 e Indicadores Socioeconômico no Brasil	98
Tabela 8 – Índice de Moran Bivariado entre a Taxa de Judicialização da Saúde por COVID-19 e Indicadores de renda e escolaridade no Brasil	100
Tabela 9 – Índice de Moran Bivariado entre a Taxa de Judicialização da Saúde por COVID-19 e Indicadores de saúde no Brasil	102
Tabela 10 – Resultados da Regressão Linear Múltipla para a Taxa Judicial (N = 27)	106
Tabela 11 – Estatísticas do Modelo.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AEDE	Análise Exploratória de Dados Espaciais
AF	Análise Fatorial
API	Application Programming Interface
BR	Brasil
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CSV	Comma-Separated Values (Valores Separados por Vírgulas)
d.C.	Depois de Cristo
DFNDR Lab	Laboratório de Pesquisa da PSafe sobre Segurança Digital
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAB	Internações Sensíveis à Atenção Básica
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVI	Social Vulnerability Index (Índice de Vulnerabilidade Social)
TJPR	Tribunal de Justiça do Paraná
UFPA	Universidade Federal do Pará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	JUSTIFICATIVA	17
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Objetivo Geral	18
1.2.2	Objetivos Específicos	19
1.3	HIPÓTESE GERAL	19
1.4	ESTRUTURA DA TESE	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	APANhado HISTÓRICO PANDÊMICO	21
2.1.1	A Covid-19 no Mundo	22
2.1.2	A Chegada e os Impactos da Covid-19 no Brasil	24
2.1.3	Plano de Contingência Nacional para a Infecção Humana pelo Novo Coronavírus	26
2.1.4	O Brasil no Período Pós-Pandemia	28
2.1.5	A Crise Política Brasileira diante do Cenário da Covid-19 e o Negacionismo da População Brasileira	30
2.1.6	Mídia Sensacionalista, Fake News e Impactos no Pico da Covid-19	31
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS	33
2.2.1	Apanhado Geral	33
2.2.2	Políticas Públicas e sua Funcionalidade no Estado Constitucional	34
2.2.3	Políticas Públicas na Perspectiva do Estado Constitucional	36
2.2.4	Políticas Públicas no contexto da Covid-19	37
2.2.5	Relação entre Políticas Públicas e os Índices de Infecção por Covid-19 no Brasil	39
2.3	PRINCÍPIO DO MÍNIMO EXISTENCIAL	40
2.3.1	Princípio do Mínimo Existencial e a Pandemia da Covid-19	43
2.4	RESERVA DO POSSÍVEL	45
2.4.1	Reserva do Possível e Covid-19	47
2.5	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	49
2.5.1	Aspectos Conceituais do Direito à Saúde e sua Contextualização no Sistema Constitucional Brasileiro em Tempos de Covid-19	49
2.5.2	Da Partição das Competências em Matéria de Saúde (Estrutura do SUS)	50

2.5.3	A Judicialização do Direito à Saúde em Tempos de Covid-19	51
2.5.4	O Impacto da Pandemia na Efetividade do Direito à Saúde	52
3	METODOLOGIA	54
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA EM ESTUDO	54
3.2	ESTRUTURA DO PODER JUDICIÁRIO BRASILEIRO	55
3.3	COLETA DE DADOS	57
3.3.1	Indicadores de Desenvolvimento Social e Econômico	57
3.3.2	Indicadores de Desenvolvimento de Saúde	58
3.3.3	Base de Dados das Sentenças Judiciais Sobre Covid-19	59
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	60
3.4.1	Análise Exploratória de Dados (AED)	60
3.4.2	Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE)	61
3.4.3	Geoesstística: Modelagem Espacial de Dados	62
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
4.1	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS	67
4.2	ANÁLISE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON (ρ)	74
4.3	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS ESPACIAIS (AEDE)	77
4.3.1	Análise Especial da Judicialização da Saúde das demandas por Covid-19 e sua relação com indicadores socioeconômicos	77
4.3.1.1	Relação entre o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)	77
4.3.1.4	Relação entre Renda Per Capita e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)	83
4.3.1.5	Relação entre Escolaridade (anos de estudo) e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)	84
4.3.2	Análise Espacial da Judicialização da Saúde das demandas por Covid-19 e sua relação com indicadores de saúde	87
4.3.2.1	Relação entre a Taxa de Leitos Hospitalares e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)	87
4.3.2.2	Relação entre a Taxa de Internação e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)	88
4.3.2.3	Relação entre a Número de Respiradores e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)	89

4.3.2.4	Relação entre índices de morbimortalidade e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022).....	92
4.4	ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ESPACIAL (ACE)	96
4.4.1	Análise espacial bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Indicadores socioeconômicos.....	96
4.4.2	Análise espacial bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Indicadores de Renda e Escolaridade	99
4.4.3	Análise espacial bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Indicadores de Saúde	101
4.5	ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A JUDICIALIZAÇÃO DA COVID-19 COM BASE NA REGRESSÃO LINEAR.....	104
5	CONCLUSÃO	108
	REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

Esta tese investiga os impactos sociais e econômicos da pandemia de COVID-19 na judicialização da saúde por mesorregião no Brasil, no período de 2019 a 2022. A chegada do novo coronavírus ao território nacional, com o primeiro caso confirmado em 26 de fevereiro de 2020, resultou em rápida disseminação, sobretudo em áreas mais pobres e menos atendidas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Tal dinâmica agravou uma sobrecarga preexistente no Sistema Único de Saúde (SUS), impondo uma das maiores ameaças já enfrentadas pela saúde pública brasileira (Banco Mundial, 2020).

A Constituição Federal de 1988 consagrou o direito à saúde como um direito social fundamental (art. 6º), fruto das lutas do movimento sanitário. O artigo 196 reforça essa garantia, atribuindo ao Estado o dever de assegurar o acesso universal e igualitário à promoção, à proteção e à recuperação da saúde por meio de políticas sociais e econômicas. A Carta Magna também reconhece a relevância pública das ações e dos serviços de saúde (art. 197), estabelecendo um marco normativo robusto, mas frequentemente descumprido na prática.

No contexto da pandemia, a insuficiência estrutural do SUS, agravada pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs teto aos gastos públicos, expôs a incapacidade estatal de responder adequadamente à demanda crescente por serviços de saúde. A precariedade da coordenação federativa e os déficits na oferta de profissionais e leitos de UTI comprometeram a efetividade das ações emergenciais. Diante disso, a população passou a recorrer ao Judiciário como estratégia para garantir o acesso a serviços e insumos essenciais, intensificando a judicialização da saúde.

Nesse cenário, torna-se necessário refletir sobre o dilema entre a “reserva do possível” e o “mínimo existencial”. De um lado, reconhece-se que o orçamento público é finito; de outro, os direitos fundamentais exigem prestações materiais mínimas para garantir uma vida digna. A pandemia acentuou esse tensionamento, evidenciando que o mínimo existencial - enquanto núcleo irrenunciável dos direitos sociais - não pode ser relativizado em situações de emergência sanitária.

A judicialização, sob tal contexto, emerge como reflexo da ausência de políticas públicas eficazes, da desigualdade no acesso à informação e à Justiça, da escassez de recursos e da desconfiança generalizada no sistema público. A literatura destaca

que a maior incidência de judicializações ocorre em regiões com maior IDH e escolaridade, indicando que o acesso ao Judiciário é também um marcador de desigualdade (Silva; Machado, 2018; Souza, 2020).

Além das limitações materiais, fatores como desinformação, escassez de medicamentos, colapso hospitalar e medidas públicas mal coordenadas contribuíram para ampliar o número de ações judiciais. Tais circunstâncias reforçam a necessidade urgente de políticas públicas estruturantes, capazes de reduzir desigualdades regionais, ampliar o acesso à saúde e minimizar a necessidade de intervenção judicial.

A judicialização da saúde é, portanto, um fenômeno complexo e multifatorial. Embora muitas vezes essencial à concretização do direito à saúde, ela também pode comprometer o planejamento orçamentário e acentuar distorções no sistema. Sua análise requer um olhar institucional e teórico, capaz de compreender o papel do Poder Judiciário na efetivação de direitos sociais, especialmente à luz do neoconstitucionalismo - corrente que defende a força normativa da Constituição e o protagonismo judicial na proteção dos direitos fundamentais.

O neoconstitucionalismo, ao ampliar o alcance da jurisdição constitucional e reconhecer o caráter prestacional de direitos como a saúde, reposiciona o Judiciário como agente ativo na concretização da justiça social. Embora haja críticas quanto à judicialização excessiva e à substituição indevida de decisões administrativas, é inegável que, diante da omissão estatal, o Judiciário tem sido instrumento de proteção da dignidade humana e do direito à vida (Sarlet, 2021; Barroso, 2021; Lenza, 2020).

A pandemia pode ser interpretada como um novo marco histórico do neoconstitucionalismo no Brasil. As deficiências estruturais do SUS, aliadas à crise sanitária, escancararam os limites da atuação estatal e colocaram à prova os compromissos constitucionais com os direitos fundamentais. Nesse panorama, a judicialização passou a ser o único caminho possível para muitos cidadãos buscarem a garantia de um direito vital.

Assim, esta tese parte da seguinte pergunta de pesquisa: o desenvolvimento econômico e social é um fator determinante para o aumento da judicialização da saúde no Brasil durante a pandemia da COVID-19? A resposta a essa indagação contribui para compreender como desigualdades estruturais impactam o acesso aos direitos fundamentais e para avaliar os limites e as possibilidades do Estado brasileiro no enfrentamento de crises sanitárias.

1.1 JUSTIFICATIVA

As ações judiciais são utilizadas em várias partes do mundo como meio de garantir o acesso a bens e serviços de saúde, promovendo a efetivação do direito à saúde (Dittrich, 2016). No Brasil, esse direito é previsto na Constituição e possui caráter universal. Contudo, sua incompletude e a escassez de recursos humanos e estruturais levam as pessoas que necessitam e se beneficiam do acesso a bens e serviços específicos, especialmente aquelas que demandam cuidados intensivos, como tem ocorrido com a pandemia da COVID-19, a recorrer à via judicial para obtê-los (Vieira, 2019).

Sabe-se que a COVID-19 desencadeou uma crise sanitária sem precedentes, com expressivo número de contágios e óbitos, contexto no qual o direito à saúde ganhou especial atenção. Diante do aumento dos casos, do agravamento da situação e da nítida ineficiência das políticas públicas voltadas para o acesso à saúde, a judicialização, isto é, a intervenção do Poder Judiciário, tem crescido no país como forma de assegurar a efetivação do direito à vida. Tornou-se, então, imprescindível discutir a judicialização da saúde, considerando esse panorama atual. Além de ser um tema contemporâneo, sua relevância para a sociedade justifica-se pela preocupação com a grande demanda de processos judiciais gerada pelos casos de COVID-19.

O Poder Judiciário tem sido acionado para suprir omissões ou conter excessos do Poder Público no combate à pandemia da COVID-19, ora controlando atos praticados pelas autoridades que resultam em indevidas restrições ao exercício de atividades essenciais, ora determinando ao Poder Público a adoção de medidas restritivas para prevenir o avanço da doença, combatendo decisões administrativas que flexibilizem medidas preventivas e possam causar danos à saúde pública (Macedo, 2020).

Segundo dados da pesquisa “Justiça em Números”, realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número de processos relacionados à judicialização da saúde vem aumentando ao longo do tempo. Entre 2010 e 2020, houve um crescimento de cerca de 85% nas demandas relativas ao direito à saúde, índice mais que o dobro do aumento observado no total de processos judiciais. Ressalta-se que essa quantidade tende a crescer ainda mais em função da calamidade pública enfrentada durante a pandemia.

Um ponto importante a destacar é que a literatura sobre judicialização da saúde geralmente analisa estados e municípios de forma isolada, o que dificulta a compreensão das diferenças regionais relacionadas tanto às políticas de saúde quanto ao sistema judiciário. É sob essa perspectiva que o presente trabalho refletirá sobre a judicialização da saúde - conceito que designa o uso de ações judiciais para obrigar o poder público a fornecer bens e serviços relacionados à saúde, incluindo medicamentos, tratamentos, insumos, cirurgias, próteses, órteses, internações e melhorias na infraestrutura das unidades de saúde.

Também é importante ressaltar que a pandemia impactou a população de forma desigual, já que condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis estão associadas aos piores desfechos da COVID-19. Estudos indicam que as maiores taxas de óbitos têm sido observadas principalmente em populações de países de média e baixa renda. Nesse sentido, para garantir esse direito social básico, muitos indivíduos buscam o “direito à saúde” por meio das vias judiciais, o que contribui para o aumento do número de ações judiciais que visam a efetivação de políticas públicas e a intervenção do Poder Judiciário, gerando diversas consequências para a gestão pública.

Portanto, compreender a judicialização da saúde durante a pandemia da COVID-19 em relação ao desenvolvimento econômico das regiões é relevante para possibilitar um diagnóstico com elementos que orientem políticas judiciais voltadas ao aprimoramento da solução de conflitos na área. Assim, este estudo poderá contribuir para a elaboração de políticas públicas de saúde mais eficazes e para o planejamento governamental, especialmente no que tange à realocação de recursos e investimentos em projetos de desenvolvimento social adequados às realidades dos 27 estados brasileiros.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar os impactos sociais e econômicos da pandemia da COVID-19 na judicialização da saúde nos estados brasileiros.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico da população que recorre à judicialização para demandas relacionadas à COVID-19;
- Identificar a relação entre o número de processos judiciais relacionados à COVID-19 e os principais índices de desenvolvimento social nos estados brasileiros;
- Analisar a relação espacial entre a insuficiência de infraestrutura de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), equipamentos de saúde e recursos humanos durante a pandemia com o volume de processos judiciais ajuizados sobre a COVID-19 nos estados brasileiros.

1.3 HIPÓTESE GERAL

Este trabalho parte da hipótese de que os fatores sociais e econômicos influenciam significativamente o aumento da judicialização da saúde nos estados brasileiros durante a pandemia da COVID-19. Acredita-se que as desigualdades socioeconômicas, associadas às limitações estruturais e financeiras do sistema de saúde, sejam determinantes para o crescimento das demandas judiciais relacionadas ao acesso a bens e serviços de saúde. Assim, a compreensão dessa relação multidimensional pode contribuir para um diagnóstico mais preciso do fenômeno e para o desenvolvimento de políticas públicas que reduzam a necessidade de intervenção judicial.

1.4 ESTRUTURA DA TESE

A tese está organizada em cinco seções principais:

Introdução: apresenta a fundamentação teórica sobre a judicialização da saúde no contexto da pandemia de COVID-19, destacando a influência dos fatores sociais e econômicos nesse fenômeno. Além disso, expõe o problema de pesquisa, a justificativa do estudo, bem como os objetivos gerais e específicos.

Fundamentação Teórica: Aborda os conceitos e as teorias que sustentam a pesquisa, incluindo a pandemia da COVID-19, as políticas públicas relacionadas, o

princípio do mínimo existencial, a reserva do possível e o neoconstitucionalismo. Essa seção fornece o embasamento jurídico e social para a análise dos resultados.

Metodologia: Descreve as técnicas e procedimentos utilizados na pesquisa, contemplando a coleta e a análise de dados. São detalhados os métodos de análise estatística, o uso de dados socioeconômicos e de saúde pública, bem como a análise espacial dos processos judiciais relacionados à COVID-19.

Análise dos Resultados: Apresenta e discute os dados coletados, investigando a relação entre a judicialização da saúde e os fatores sociais, econômicos e estruturais dos estados brasileiros durante a pandemia. A seção também examina o impacto das políticas públicas e do desenvolvimento socioeconômico no fenômeno.

Considerações Finais: Oferece uma síntese dos principais achados da pesquisa, ressaltando as implicações da judicialização da saúde no contexto da pandemia. Apresenta recomendações para futuras políticas públicas, com o objetivo de aprimorar o acesso à saúde e reduzir a necessidade de judicialização.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 APANHADO HISTÓRICO PANDÊMICO

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2021a), a Organização Mundial da Saúde - OMS definiu pandemia enquanto disseminação de doença em nível mundial, sendo declarada quando uma epidemia ou surto que assola determinada região acaba sendo disseminada pelos continentes, possuindo a chamada transmissão sustentada, também denominada como transmissão comunitária, a qual trata de doença infectocontagiosa já sem possibilidade de rastreio, isto em razão do agente patogênico já se encontrar em circulação entre a população.

Nesse contexto, ainda de acordo com a Fiocruz (2021), a história da humanidade foi severamente marcada por pandemias, tais como: Peste do Egito, datada em meados de 430 a.C, responsável pela morte de um quarto das tropas atenienses e um quarto da população da cidade durante a Guerra do Peloponeso.

Peste Antonina, que perdurou de 165 a 180 d.c, levou a óbito um quarto dos infectados, totalizando a perda de cinco milhões de vidas. Após esta pandemia, registrou-se a peste de Cipriano no período de 250 a 271 d.c, tendo seu início nas províncias orientais, em seguida disseminou-se pelo Império Romano por completo, atingindo o auge de 5.000 óbitos diários em Roma.

Houve também a peste de Justiniano em 541, assim denominada em razão de ter ocorrido no período do reinado do imperador Justiniano, cuja contaminação iniciou no Egito, chegando à Constantinopla, e ceifou cerca de 10.000 vidas diariamente, de acordo com o historiador cronista bizantino Procópio de Cesareia, em sua coletânea literária intitulada *Histórias de Guerra*, publicada entre 551 e 554.

A história relata ainda a peste Negra, iniciada em 1300, que ressurgiu à Europa após oitocentos anos do último aparecimento, iniciando-se com a contaminação na Ásia, chegando até a Europa mediterrânea e ocidental em meados de 1348. Esta deixou como rastro a morte de vinte milhões de europeus em dolorosos seis anos, o que correspondeu a um quarto da população total na época. Outra pandemia foi a gripe espanhola, de 1918 a 1920, causada pelo vírus influenza (H1N1), responsável pela infecção de 500 milhões de pessoas, cerca de um quarto da população mundial na época. A estimativa de óbitos foi entre 17 milhões e 50 milhões, com algumas projeções que chegaram a indicar até 100 milhões.

Desde 2020, o mundo passa novamente por uma pandemia, mas desta vez ocasionada pela Covid-19 (SARS-CoV-2), uma situação global de 756.581.850 casos de contaminação confirmada e 6.844.267 óbitos pelo mundo todo, de acordo com o WHO (covid-19) dashboard (Painel da OMS sobre o coronavírus (covid-19), 2023).

A este respeito, inúmeras foram as questões que surgiram no âmbito jurídico correlatas ao poder judiciário, a políticas públicas e, principalmente, sobre a judicialização da saúde. No Brasil não foi diferente, diante da maior crise sanitária já vivenciada no país, as ferramentas de suporte à saúde apresentaram falhas diante da elevada procura por atendimento médico.

Nesse sentido, o cenário da pandemia traz à baila questões fundamentais, sendo de vasta relevância a análise da eficácia das medidas tomadas pelo Estado antes, no decorrer e após a pandemia, incluindo a criação de políticas públicas, que pode ser considerada uma das principais medidas de contenção de contágio.

2.1.1 A Covid-19 no Mundo

O mundo inteiro atravessou uma das mais contagiosas pandemias da história, causada pelo vírus influenza SARS-CoV-2, coronavírus, também denominada de covid-19. No final de dezembro de 2019, em Wuhan, China, foram identificados os primeiros casos de uma nova doença respiratória aguda, sendo associada a formas graves de pneumonia, com rápida disseminação humana.

A elevação rápida dos números de casos e óbitos na China levou a OMS a decretar, em 30 de janeiro de 2020, Emergência em Saúde Pública de interesse internacional. A partir desse momento, observou-se uma sequência de dispositivos sanitários sendo requisitados pela OMS até chegar ao status de pandemia, decretada em 11 de março de 2020 (Brasil, 2020b; Zhu *et al.*, 2020).

O novo Coronavírus recebeu o nome de SARS-COV-2 pela OMS em razão de tratar-se de síndrome respiratória aguda grave, com origem motivada principalmente pela grande interface entre humanos e animais selvagens, além do consumo desses animais para alimentação do homem. Nesse sentido, a cultura alimentar chinesa sustenta que os animais vivos abatidos são mais nutritivos, contudo, a sua prática pode contribuir para a transmissão de patógenos, como os vírus (Chaves; Bellei, 2020).

Mesmo com providências tomadas pelas autoridades sanitárias chinesas, o surto da covid-19 logo se tornou uma epidemia, mesmo depois de declarado que a doença proveniente do vírus se tratava de uma emergência de saúde pública de interesse internacional, em 30 de janeiro de 2020. Após isso, houve o aumento exponencial do número de casos, ocorrendo a disseminação global, momento no qual a OMS decidiu, em 13 de março de 2020, decretar pandemia.

A distribuição espacial da doença ultrapassou várias fronteiras, alcançando os continentes, levando diversos países a decretarem emergência e o estado de calamidade pública, com destaque para a mudança do epicentro da doença da China para a Europa, em especial Itália e Espanha. Em março de 2020, os Estados Unidos também passaram a compor um número cada vez mais expressivo de casos e óbitos em decorrência da covid-19.

A pandemia em decorrência da covid-19 tornou-se um dos grandes desafios do século XXI, acometendo mais de 100 países e territórios nos cinco continentes do mundo, de acordo com a Escola Superior do Ministério Público do Paraná (2020). Seus impactos ainda são inestimáveis, mas afetam direta e/ou indiretamente a saúde e a economia da população mundial.

Dentre as inúmeras consequências para o mundo, o vírus trouxe consigo impactos sobre a saúde pública, causando milhões de mortes em todo o mundo e sobrecarregando sistemas de saúde em muitos países, não sendo possível ainda dimensionar com exatidão o impacto total a longo prazo que a doença acarretará no âmbito da saúde pública.

Outra consequência devastadora paira sobre a economia, uma vez que a pandemia causou uma recessão global, afetando a economia mundial de várias maneiras, por exemplo, acarretando a perda de empregos e a falência de muitas empresas. Ademais, o setor da educação também foi atingido, haja vista que acabou por forçar o fechamento de escolas e universidades em todo o mundo, afetando a educação de milhões de estudantes, que foram obrigados a migrar para o chamado ensino a distância, isto quando ainda era possível manter as despesas e arcar com custos estudantis, caso contrário, a saída era trancar cursos.

A partir da pandemia, a era digital passou a ser o meio de comunicação e de interação social, pois a “aglomeração”, o contato físico, já não era mais possível com segurança; por tabela, houve impactos no âmbito social, havendo a mudança na forma como as pessoas vivem e se relacionam umas com as outras. Assim, o distanciamento

social e outras medidas preventivas afetaram de forma drástica as interações sociais e as atividades cotidianas, como trabalho, escola e lazer.

As implicações éticas e de direitos humanos dessa rápida mobilidade precisam ser consideradas com cautela. De acordo com a Fiocruz (2021b), a OMS registrou o número de mortes associadas direta ou indiretamente à pandemia de covid-19 de 1º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2021, com estimativa de aproximadamente 14,9 milhões (variação de 13,3 milhões a 16,6 milhões).

A maioria dessas mortes em excesso (84%) estava concentrada no Sudeste Asiático, Europa e Américas, com aproximadamente 68% ocorrendo em apenas 10 países ao redor do mundo. Além disso, a pandemia de covid-19 também revelou desigualdades e fraquezas nos sistemas de saúde dentro e entre os países. Muitos sistemas de saúde foram sobrecarregados pela crise, levando a interrupções nos serviços de saúde (OPAS, 2022).

2.1.2 A Chegada e os Impactos da Covid-19 no Brasil

A primeira confirmação de um caso de covid-19 no Brasil, de acordo com a OMS, foi em 26 de fevereiro de 2020, quando um homem de 61 anos, residente em São Paulo, testou positivo após retornar de uma viagem à Itália. Desde então, a doença se espalhou rapidamente pelo país e teve um impacto significativo em diversos aspectos da sociedade brasileira.

A disseminação do vírus foi pior em áreas mais pobres e menos atendidas, especialmente no norte e nordeste, representando uma ameaça à capacidade do sistema de saúde de responder ao aumento da demanda, o que aumentou a pressão sobre o sistema público de saúde já sobrecarregado, colocando vidas em risco, especialmente entre os pobres e vulneráveis (Banco Mundial, 2020).

Lana (2020) afirma que, mediante a situação posta pela covid-19, em 31 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil instaurou o Grupo de Trabalho Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional para acompanhamento da situação e definição de protocolos de ação para a vigilância da covid-19.

O acompanhamento do avanço exponencial dos casos da covid-19 fez com que, no dia 3 de fevereiro de 2020, o governo brasileiro decretasse Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Nesse mesmo período, foi sancionada a Lei

da quarentena para o enfrentamento da pandemia, com isso, vários estados brasileiros adotaram medidas mais restritivas no que diz respeito à circulação de pessoas em ambientes públicos, isso porque o vírus tem poder de propagação muito maior que seus anteriores.

Como exemplos de medidas restritivas, houve cancelamento de aulas em escolas e faculdades públicas e privadas, bem como adiamento de reuniões, redução de horário de atendimento em algumas empresas e dispensa de funcionários para realização de home office, isto é, trabalho em casa. Alguns estados decretaram situação de emergência e, com isso, algumas restrições mais severas.

Ressalta-se ainda que, diante da ausência de vacinas e de terapias eficazes para o tratamento de covid-19, uma combinação de medidas de saúde pública foi recomendada para mitigar a propagação do vírus e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde.

No portal do Ministério da Saúde, foram contabilizados até 30 de dezembro de 2022, 36.718.053 de casos de covid-19 e 693.853 óbitos. Nesse contexto, ocorreu rápido crescimento e predominância da variante Gama, cuja mais longa e mais letal onda da covid-19 ocorreu entre 8 de novembro de 2020, que terminou com o triplo de óbitos: 21.141 mortes em uma semana.

Em relação ao cenário da cobertura vacinal, sabe-se que, até o dia 30 de dezembro de 2024, o Brasil já registrou 486.069.329 doses de vacinas aplicadas, sendo 174.886.846 (35,98%) pessoas totalmente vacinadas, 188.553.047(38,79%) pessoas com pelo menos uma dose e 122.629.436 (25,23%) pessoas que receberam a dose de reforço.

A progressão do cenário de morbimortalidade por covid-19 no Brasil tem sido influenciada também pelos fatores socioeconômicos, além da dinâmica de contágio própria de uma epidemia. A taxa de letalidade do Brasil é muito elevada, influenciada pelas desigualdades no acesso ao tratamento.

Entre os principais impactos da covid-19 no Brasil, pode-se destacar: o âmbito da saúde pública, pois a doença ocasionou grande impacto na saúde pública do país, sobrecarregando hospitais e profissionais da área de saúde em diversas regiões. Milhões de brasileiros foram infectados e, infelizmente, milhares perderam a vida devido à covid-19. Há também o cenário da economia, pois, com a interrupção das atividades econômicas em diversos setores e a perda de empregos em larga escala,

empresas de vários portes e setores foram afetadas, levando muitas à falência ou à reestruturação.

A educação sofreu em virtude do fechamento de escolas e universidades em todo o país, com muitas instituições de ensino optando por aulas online para evitar a propagação do vírus, o que acarretou impactos significativos sobre o aprendizado dos estudantes e o planejamento escolar.

A política também foi afetada, sendo instauradas discordâncias entre diferentes níveis de governo em relação às medidas de controle da pandemia e às estratégias de vacinação. Além disso, a pandemia foi um fator relevante nas eleições municipais de 2020 e pode ter impactado nas eleições presidenciais de 2022.

Ademais, o comportamento social foi afetado com a mutação na forma como as pessoas se relacionam e se comportaram no dia a dia, com muitas medidas de distanciamento social, uso de máscaras e outras medidas preventivas adotadas em todo o país.

Em suma, o Brasil sofre e sofreu com as consequências tanto como o restante do mundo, havendo particularidades de acordo com a estrutura basilar da saúde, educação e política já existente antes da pandemia.

2.1.3 Plano de Contingência Nacional para a Infecção Humana pelo Novo Coronavírus

O Brasil desenvolveu e implementou, por meio da Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, que foi atualizado em diversas ocasiões ao longo da pandemia. O plano previu medidas fundamentais, como o monitoramento de casos suspeitos e confirmados em todo o território nacional, com a disponibilização de testes diagnósticos em todos os estados, e a notificação obrigatória desses casos às autoridades de saúde. Também foram adotadas ações como o isolamento de casos confirmados, a quarentena de contatos próximos e a preparação dos serviços de saúde por meio da aquisição de equipamentos de proteção individual (EPIs), ampliação de leitos de UTI e compra de respiradores.

Além disso, o plano contemplou a capacitação de profissionais de saúde e a conscientização da população sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da COVID-19. Foram implementadas medidas de distanciamento social, incluindo a suspensão

de aulas e eventos públicos, a recomendação de trabalho remoto sempre que possível e o fechamento de estabelecimentos comerciais não essenciais. Por fim, houve o monitoramento contínuo da evolução da pandemia no país, com a análise de dados epidemiológicos e a tomada de decisões baseadas em evidências científicas.

No entanto, a implementação dessas medidas foi bastante heterogênea em diferentes regiões do país e, em muitos momentos, houve falta de coordenação e de recursos por parte do governo federal e de algumas autoridades estaduais e municipais. Como resultado, o Brasil enfrentou uma das piores crises sanitárias de sua história, com milhões de casos e centenas de milhares de mortes por covid-19.

Foi normatizado adotar ferramentas de classificação de emergência em três níveis, com linhas similares às aquelas utilizadas globalmente em prol da preparação e da resposta pelo mundo todo. Assim, a recomendação foi no sentido de que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, assim como os serviços de saúde pública ou privada, agências e empresas passassem a replicar o plano para que então fossem elaborados os planos de contingência e as medidas de resposta de forma individualizada, de acordo com o cenário de cada local.

O Plano de Contingência Nacional determina a organização do nível de emergência de saúde pública de importância nacional em duas fases: fase de contenção, na qual se busca evitar a transmissão sustentada do vírus; e fase de mitigação, que tem início a partir do registro de 100 casos positivos de covid-19. No Brasil, a fase de mitigação foi alcançada em cerca de 15 dias após a confirmação do primeiro caso de covid-19 no país.

Nessa fase, a resposta à emergência de saúde pública de importância nacional é acionada e o Plano de Contingência Nacional, que estabelece as seguintes medidas de resposta: vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão.

Vale ressaltar que o primeiro pilar de ação apresentado no documento da OMS refere-se às ações nacionais de planejamento e monitoramento. Recomenda-se que os planos nacionais de contingência apresentem mecanismos de resposta à situação com o envolvimento de ministérios relevantes e parceiros-chave da sociedade, no intuito de prover manejo coordenado dos casos de covid-19.

O Plano de Contingência Nacional explicita a estrutura de comando do Centro de Operações de Emergências para resposta ao covid-19 e dos subcomitês técnicos

para suporte à tomada de decisão. Entretanto, não contempla algumas ações recomendadas pela OMS nesse âmbito, tais como estimação de recursos necessários para conter as ocorrências no país e articulação de estratégias multissetoriais para prover aportes financeiros necessários.

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus atende parcialmente às recomendações do guia publicado pela OMS (World, 2020). As principais lacunas concentram-se nos pilares sobre pontos de entrada, prevenção e controle da infecção por covid-19, em equipamentos de saúde e espaços comunitários, manejo de casos e suporte operacional e logístico. Considera-se que o detalhamento de estratégias voltadas a esses pilares é indispensável ao aprimoramento da resposta à pandemia no Brasil.

2.1.4 O Brasil no Período Pós-Pandemia

Apesar de a pandemia ainda não ter encerrado, havendo uma oscilação nos registros de casos e óbitos em decorrência da covid-19, após os picos já registrados, o Brasil enfrenta desafios para recuperar o crescimento econômico. Segundo o relatório "Pobreza e Equidade no Brasil – Mirando o Futuro Após Duas Crises", as taxas de pobreza aumentaram acentuadamente assim que a assistência do governo minguou, tornando evidente a dependência das famílias brasileiras de suporte do estado diante de más condições no mercado de trabalho (World Bank Group, 2022).

O programa Auxílio Emergencial, iniciado em 2020 pelo governo federal para enfrentar a covid-19, ajudou a conter o aumento da pobreza naquele ano. No entanto, as projeções de pobreza para 2021 sugeriram que a redução da cobertura do programa e os valores dos benefícios não foram complementados por uma melhoria no mercado de trabalho para muitas famílias vulneráveis (World Bank Group, 2022).

Nesse sentido, o Brasil enfrentará desafios para a retomada do crescimento no pós-pandemia, que atualmente apresenta tamanha imprevisibilidade gerada pela pandemia. É imperativo que sejam tomadas medidas para ajudar os mais pobres e vulneráveis da população brasileira a superar os danos causados pela pandemia.

O Brasil emergiu do período desafiador da pandemia de maneira transformada, com cicatrizes profundas e uma nação repleta de desafios e oportunidades. Enquanto o mundo começava a se recuperar dos impactos sanitários e econômicos devastadores, o país se via diante de um cenário complexo e multifacetado.

A crise pandêmica não apenas expôs as vulnerabilidades estruturais do sistema de saúde brasileiro, mas também revelou desigualdades sociais latentes, ampliando as disparidades entre as diferentes camadas da população. As dificuldades econômicas, o aumento do desemprego e a instabilidade política acentuaram ainda mais os obstáculos a serem enfrentados.

Contudo, o período pós-pandemia trouxe consigo um senso de resiliência e a necessidade premente de transformações profundas. Governos, setor privado, organizações não-governamentais e a sociedade civil começaram a forjar um caminho rumo à reconstrução.

Um dos principais desafios era a revitalização da economia, abalada pelos impactos das restrições impostas para conter a disseminação do vírus. Políticas de estímulo, investimentos em infraestrutura e a busca por novas oportunidades de negócios se tornaram prioridades. O país também se viu diante da urgência de fortalecer sua base industrial, promover a inovação e impulsionar setores como a tecnologia e a sustentabilidade, visando à criação de empregos e ao crescimento econômico sustentável.

No campo da saúde, houve um esforço conjunto para fortalecer o sistema de saúde pública, garantir o acesso universal a serviços de qualidade e investir em pesquisas científicas para estar preparado para futuras crises sanitárias. A conscientização sobre a importância da vacinação e da prevenção se tornou uma prioridade nacional, visando não somente combater doenças, mas também promover a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos.

A reconstrução do Brasil no período pós-pandemia não era apenas uma questão de superar as dificuldades imediatas, mas sim de repensar profundamente o modelo de sociedade almejado. Era um momento de aprendizado, de transformação e de união de esforços para criar um país mais resiliente, inclusivo e preparado para os desafios do futuro.

Nesse cenário de desafios e possibilidades, o Brasil se via diante de uma encruzilhada histórica, onde as decisões tomadas neste período pós-pandemia moldariam o rumo do país para as próximas décadas.

2.1.5 A Crise Política Brasileira diante do Cenário da Covid-19 e o Negacionismo da População Brasileira

A pandemia da covid-19 no Brasil gerou uma crise política em vários níveis. Em meio a uma das piores crises de saúde pública da história brasileira, houve divergências entre diferentes esferas do governo e também entre diferentes lideranças políticas sobre como lidar com a pandemia. Além disso, houve uma polarização intensa entre grupos que defendiam a adoção de medidas preventivas, pois houve atrasos na adoção de medidas de contenção da doença, como o fechamento de escolas, comércios e outras atividades não essenciais. Havendo ainda conflito entre diferentes esferas do governo sobre a coordenação das ações de saúde pública e a distribuição de recursos para o enfrentamento da pandemia.

A crise política também afetou a capacidade de o país adquirir e distribuir vacinas em larga escala, o que levou a atrasos no cronograma de vacinação e a um número elevado de mortes e internações pela covid-19. Além disso, a crise política gerou desconfiança e incerteza entre a população brasileira em relação à eficácia das medidas preventivas e ao processo de vacinação.

Em conjunto com a crise política, surgiu a questão do negacionismo em relação à pandemia, que inclui a disseminação de notícias falsas e a falta de adesão a medidas preventivas, o que, por sua vez, agravou a crise política no Brasil. Isso se deve, em parte, à influência do então presidente da República, Jair Bolsonaro, o qual, em muitas ocasiões, minimizou a gravidade da pandemia e questionou a eficácia das medidas de isolamento social, da vacinação e de outras medidas de saúde pública.

Em síntese, a crise política no Brasil em meio à pandemia da covid-19 agravou a situação da saúde pública no país e teve impactos negativos em diversos aspectos da sociedade brasileira, haja vista que o negacionismo no Brasil tomou proporções alarmantes, manifestando-se na negação ou na minimização da gravidade da doença, da necessidade de isolamento social e do uso de máscaras e vacinas (Duarte, 2020).

A postura negacionista do governo brasileiro foi amplamente discutida e compreendida à luz das obras de Michael Foucault, que argumentava que a verdade não é algo inato, mas algo construído a partir de práticas discursivas e políticas. Assim, o negacionismo do governo brasileiro diante da pandemia da covid-19 pode ser entendido como uma forma de resistência à verdade estabelecida, ao mesmo tempo em que reforça a autoridade e o poder do governo (Medeiros *et al.*, 2022).

No Brasil, o real panorama é incerto, e as estimativas válidas e confiáveis do número de casos e óbitos por Covid-19 esbarram na ausência de dados confiáveis, seja dos casos ou da implantação efetiva das medidas de supressão, frente às recomendações contraditórias das autoridades em cada nível de governo. O cenário vivenciado expõe fragilidades estruturais e pontos de estrangulamento do SUS, em particular a falta ou a distribuição desigual de profissionais da saúde, a infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, assim como a capacidade limitada de produção e realização de testes diagnósticos (Oliveira, 2020).

2.1.6 Mídia Sensacionalista, Fake News e Impactos no Pico da Covid-19

Fake news consiste na distribuição deliberada de desinformação ou boatos via jornal impresso, televisão, rádio, ou ainda online, como nas mídias sociais. É escrito e publicado com a intenção de enganar, a fim de se obter ganhos financeiros ou políticos, muitas vezes com manchetes sensacionalistas, exageradas ou evidentemente falsas para chamar a atenção (Tribunal de Justiça do Paraná, 2023; Cornell University Library, 2023).

A pandemia de COVID-19 não só expôs a vulnerabilidade da saúde pública, mas também destacou os perigos da disseminação descontrolada de informações falsas e sensacionalistas. Em meio à crise sanitária, a mídia sensacionalista e as fake news ganharam terreno, desencadeando consequências devastadoras durante o pico da doença.

Enquanto o vírus se propagava rapidamente pelo mundo, as plataformas digitais tornaram-se palcos para a disseminação de teorias conspiratórias, curas milagrosas não comprovadas e informações falsas sobre a origem e propagação da doença. A mídia sensacionalista, muitas vezes em busca de cliques e audiência, contribuiu para amplificar essas narrativas, gerando pânico e confusão generalizada.

As fake news minaram os esforços das autoridades de saúde para conter a disseminação do vírus e incentivar práticas comprovadas, como distanciamento social, uso de máscaras e vacinação. Mensagens contraditórias e desinformação fomentaram a hesitação vacinal, prejudicando as campanhas de imunização e prolongando a crise.

Sabe-se que essa desinformação difundida nas redes digitais e sociais é particularmente preocupante para a saúde pública, pois pode interferir de forma

prejudicial na eficácia de programas, campanhas e iniciativas voltadas para a promoção da saúde e bem-estar (Pulido CM, 2020). A título de exemplificação de *fake news* no contexto da pandemia de covid-19, pode-se citar o crescente movimento antivacinação (Cardoso, 2020).

Segundo o último relatório de segurança digital do Brasil (DFNDR LAB, 2018), em 2018, o país ficou entre os maiores produtores e disseminadores de *fake news* do mundo. Entre o primeiro e o segundo trimestre de 2018, o reconhecimento dessas notícias aumentou cerca de 50%. Esse fenômeno foi agravado pela pandemia de covid-19 (Cruz, 2019), que tem atraído considerável atenção, especialmente devido ao aumento gradual de pesquisas por meio da internet relacionado a temáticas ligadas à saúde, tendo por ferramenta de maior utilização o Google (Swire, 2020). Uma pesquisa de referência da Avaaz (2021) indicou que 9 em cada 10 brasileiros ouvidos leram ou ouviram ao menos uma informação enganosa referente a covid-19 e 7 em cada 10 brasileiros acreditaram em pelo menos uma informação falsa. No entanto, outra pesquisa indicou que 62% dos brasileiros não sabem diferenciar informações verdadeiras de falsas (Galhardi, 2020; Rômany, 2020).

As notícias falsas veiculadas nas mídias digitais relacionadas a covid-19 têm o potencial de influir no comportamento das pessoas e prejudicar a aceitação e a prática aos cuidados comprovados cientificamente. No caso de uma pandemia, o impacto é ainda mais danoso, pois estudos mostram que 110 milhões de brasileiros (mais de 50% da população do país) confiam nas notícias falsas relacionadas a covid-19 (AVAAZ, 2021).

As notícias falsas na categoria epidemiologia e estatística foram caracterizadas por falsas alegações de que os números de casos e mortes por outras causas foram contabilizados como covid-19. Alegações comparando-o a uma "pequena gripe", consequentemente instalou a ideia de que a doença era inofensiva e não precisava ser levada a sério" a Isenção de Distanciamento Social (The Lancet, 2020). Essa categoria também inclui outras retóricas que se infiltraram no negacionismo e o que ficou conhecido no país como necrópole (Mbembe, 2011).

A mídia sensacionalista tem o poder de influenciar massas, e essa responsabilidade é ainda maior em tempos de crise. A busca por manchetes chamativas não pode comprometer a veracidade e a responsabilidade jornalística. As plataformas digitais também têm um papel fundamental na contenção da

desinformação, exigindo políticas mais rígidas de verificação de fatos e remoção de conteúdo falso.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

2.2.1 Apanhado Geral

Inicialmente, é pertinente abordar que as políticas públicas são um conjunto de ações, decisões e medidas implementadas pelo Estado ou outras instituições públicas, com o objetivo de alcançar determinados objetivos de interesse público. Esses objetivos podem ser diversos, como a promoção da igualdade social, a melhoria da qualidade de vida, o desenvolvimento econômico, a proteção do meio ambiente, entre outros (Rua, 2016).

As políticas públicas são cursos de ação e estratégias planejadas e implementadas pelo governo para resolver problemas, atender necessidades ou alcançar objetivos específicos na sociedade. Elas são o resultado de um processo complexo que envolve a identificação de problemas, a formulação de soluções, a tomada de decisões, a alocação de recursos e a implementação de ações. Essas políticas podem ser expressas em leis, regulamentos, programas e projetos.

Exigem diferentes níveis de formulação de políticas públicas, desde o local até o nacional e internacional, podendo ainda possuir direcionamentos para diversificados setores, por exemplo, saúde, educação, segurança, transporte, meio ambiente, entre outros (Magalhães, 2018).

Nesse viés, para que as políticas públicas sejam efetivas, é necessário que sejam baseadas em uma análise cuidadosa dos problemas e das necessidades da sociedade, considerando os recursos disponíveis e as possíveis alternativas de intervenção. Para além, as políticas públicas devem ser implementadas de forma transparente e participativa, de modo que envolvam a sociedade civil e os atores interessados na questão (Sousa *et al.*, 2018).

Entre os principais instrumentos utilizados na implementação de políticas públicas, estão a legislação, a regulação, o financiamento público, a fiscalização e o monitoramento. A avaliação periódica das políticas públicas também é fundamental para verificar se os objetivos estão sendo alcançados e para identificar possíveis ajustes e melhorias necessárias (Almeida; Bresser-Pereira, 2017).

Embora as políticas públicas sejam essenciais para a promoção do bem-estar social e econômico, elas também enfrentam desafios, como a falta de recursos, a resistência de grupos de interesse, a burocracia e a corrupção. Por isso, é fundamental que as políticas públicas sejam constantemente avaliadas e ajustadas para garantir sua efetividade e eficiência na promoção do interesse público (Rua, 2016).

Em suma, as políticas públicas no mundo e no Brasil são resultado de uma série de transformações sociais, políticas e econômicas que ocorreram ao longo dos séculos. Desde as primeiras políticas de proteção social na Europa Ocidental até as políticas de inclusão social no Brasil, as políticas públicas têm desempenhado um papel fundamental na garantia dos direitos fundamentais e na promoção da igualdade de oportunidades para todas as pessoas.

2.2.2 Políticas Públicas e sua Funcionalidade no Estado Constitucional

Inicialmente, vale salientar acerca do Estado Constitucional, que consiste em uma forma de organização política na qual a Constituição é a norma fundamental basilar responsável pelo estabelecimento de limites e princípios pelos quais o Estado deve ser governado. Nessa perspectiva, o poder político é exercido dentro dos limites estabelecidos pela Constituição e deve ser submetido a ela, assim, a Constituição é a base para a elaboração de leis, bem como para a parametrização do funcionamento das instituições políticas e judiciárias, garantindo a proteção dos direitos e das liberdades fundamentais dos cidadãos (Barroso, 2021; Sarlet, 2021).

A Teoria do Constitucionalismo, surgida no século XVIII, estabeleceu as bases para a limitação do poder estatal por meio de uma Constituição escrita e normativa. Inspirada nos ideais iluministas e nas revoluções liberais, essa teoria propõe que todo o poder político emane da Constituição, garantindo os direitos fundamentais dos cidadãos. Além disso, defende a separação dos poderes como mecanismo para evitar abusos e assegurar o equilíbrio institucional. Nesse modelo, a Constituição assume o papel de norma suprema, orientando a atuação dos governantes e a organização do Estado. Assim, o Constitucionalismo marca a transição de um Estado absolutista para um Estado de Direito. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o Estado Democrático de Direito como princípio fundamental e estabeleceu as bases para o Estado Constitucional no país, de modo a definir os direitos e garantias fundamentais

dos cidadãos, assim como as funções e limites dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (Brasil, 1988).

No contexto das Políticas públicas e sua funcionalidade no Estado Constitucional, vale relembrar que as políticas públicas são medidas implementadas pelo Estado, com o objetivo de promover o bem-estar social e a garantia de direitos fundamentais para toda a população, ou seja, são ações governamentais que visam solucionar ou minimizar problemas sociais, econômicos, culturais, entre outros, através de criação, implementação e acompanhamento de programas, projetos, leis, regulamentações, entre outras iniciativas (Pereira, 2019).

No estado constitucional, as políticas públicas são essenciais para garantir o cumprimento dos princípios e direitos previstos na Constituição, bem como para assegurar a efetivação dos valores democráticos e da justiça social. A implementação de políticas públicas deve estar baseada em critérios de eficiência, efetividade e eficácia, além de ser orientada pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e transparência (Sarlete, 2018; Bonavides, 2020; Silva, 2020; Mello, 2021).

Assim, a funcionalidade das políticas públicas no estado constitucional reside na capacidade do Estado em promover ações que atendam aos interesses coletivos e garantam o pleno exercício dos direitos fundamentais. Para tanto, é preciso que haja planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, de forma a garantir a sua continuidade, sustentabilidade e aprimoramento constante.

Assim, as políticas públicas são uma ferramenta fundamental para a promoção do desenvolvimento social e econômico no estado constitucional, desde que sejam implementadas de forma responsável e eficiente pelo Estado, em consonância com as necessidades e demandas da população.

No entanto, a implementação de políticas públicas eficazes pode ser desafiadora, especialmente em países com grandes desigualdades sociais como o Brasil. Segundo Barroso (2021), a efetividade das políticas públicas no país depende de vários fatores, como a capacidade do Estado de arrecadar recursos, a qualidade da gestão pública e a participação social na formulação e na avaliação das políticas.

Portanto, para que as políticas públicas cumpram efetivamente seu papel de promover os direitos fundamentais e a justiça social no Estado Constitucional, é indispensável a atuação articulada entre o poder público e a sociedade civil. Essa cooperação deve se estender às etapas de formulação, execução e monitoramento

das políticas, assegurando legitimidade democrática, eficiência na gestão e maior aderência às necessidades sociais. Somente por meio desse esforço conjunto é possível construir soluções sustentáveis e inclusivas, capazes de reduzir desigualdades e fortalecer a cidadania.

2.2.3 Políticas Públicas na Perspectiva do Estado Constitucional

As políticas públicas na perspectiva do Estado Constitucional são ações ou programas implementados pelo Estado com o objetivo de atender aos interesses coletivos e garantir a efetivação dos direitos fundamentais previstos na Constituição. Essas políticas devem ser baseadas em critérios de eficiência, efetividade e eficácia, além de serem orientadas pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e transparência (Barroso, 2021).

Nesse cenário de perspectiva, as políticas públicas são fundamentais para garantir a promoção do desenvolvimento social e econômico, a justiça social e a proteção dos direitos humanos. Para tanto, é preciso que essas políticas sejam planejadas, coordenadas, monitoradas e avaliadas de forma a garantir sua continuidade, sustentabilidade e aprimoramento constante.

Assim, as políticas públicas são uma ferramenta essencial para a realização dos objetivos fundamentais do Estado previstos na Constituição, como a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais, bem como a promoção do bem de todos.

As políticas públicas devem ser concebidas e executadas em consonância com a Constituição Federal, que estabelece diretrizes e princípios para a organização e funcionamento do Estado e para a garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos (Barroso, 2021).

A implementação de políticas públicas no Estado Constitucional deve ser orientada pela ideia de que o Estado existe para servir à sociedade e promover o bem comum. Isso implica uma atuação responsável e eficiente do Estado, que deve ser capaz de identificar e responder às demandas sociais de forma adequada e transparente. Além disso, a participação da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas públicas é um elemento fundamental para garantir a sua efetividade e legitimidade (Sarlete, 2018).

Nesse sentido, é fundamental que o Estado Constitucional busque constantemente aprimorar as suas políticas públicas, a fim de garantir a efetividade dos direitos fundamentais dos cidadãos. Para isso, é necessário que haja uma maior integração e coordenação entre os diferentes órgãos e níveis de governo, bem como a participação ativa da sociedade civil na formulação e execução das políticas públicas.

2.2.4 Políticas Públicas no contexto da Covid-19

Realizado o apanhado geral das políticas públicas, é pertinente abordá-las no contexto da pandemia da covid-19, que acabou por trazer à tona de forma mais latente a importância das políticas públicas de saúde no Brasil. O país, que já enfrentava problemas estruturais na saúde pública, teve que lidar com a sobrecarga do sistema de saúde e a falta de recursos para enfrentar a crise sanitária. Nesse contexto, as políticas públicas se tornaram fundamentais para reduzir os impactos da pandemia na população brasileira (Santos, 2021).

Em todo o mundo, os governos adotaram diferentes abordagens para lidar com a pandemia, dependendo de suas condições locais, recursos disponíveis e sistemas de saúde. Alguns países optaram por medidas mais rigorosas, como bloqueios completos ou parciais, enquanto outros adotaram uma abordagem mais flexível, permitindo que as atividades econômicas continuem em funcionamento (Cucunubá, 2020).

A criação de políticas públicas eficazes para enfrentar a pandemia envolveu uma série de decisões difíceis, como a alocação de recursos para a saúde, incluindo a aquisição de equipamentos de proteção individual e ventiladores, a expansão da capacidade de testes e rastreamento de contatos, além da coordenação das respostas em níveis local, estadual e federal (Ministério da Saúde, 2020).

Ademais, houve desafios em relação à comunicação pública, como a necessidade de fornecer informações precisas e confiáveis sobre a doença, bem como garantir que as mensagens de saúde pública fossem comunicadas de forma clara e eficaz para o público em geral. Além disso, foi importante considerar as consequências econômicas da pandemia, incluindo a necessidade de proteger empregos e apoiar empresas em dificuldades (Organização Mundial da Saúde, 2020).

A criação de políticas públicas na pandemia de COVID-19 mostrou a importância da colaboração e coordenação entre governos e organizações internacionais, bem como a necessidade de adaptabilidade e flexibilidade nas respostas. É importante lembrar que a pandemia ainda está em andamento, e que os governos e organizações precisam continuar trabalhando juntos para enfrentar os desafios em constante evolução apresentados pela doença (Silva, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde (2021), o governo federal implementou diversas políticas públicas para combater a COVID-19, como a aquisição de equipamentos de proteção individual (EPIs), a ampliação da capacidade de testagem e a distribuição de recursos financeiros para estados e municípios. Além disso, foram criados programas de auxílio emergencial e de proteção ao emprego com o objetivo de minimizar os impactos econômicos da pandemia.

Nesse contexto, destacam-se sete principais políticas públicas implementadas no Brasil: (i) Auxílio Emergencial, com o pagamento de um benefício financeiro mensal para trabalhadores informais, autônomos, desempregados e microempreendedores individuais (MEIs) afetados pela crise; (ii) Ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da criação de hospitais de campanha e contratação de profissionais da saúde; (iii) Distribuição de EPIs, como máscaras, luvas e aventais, para profissionais da saúde e trabalhadores essenciais; (iv) Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável pela distribuição das vacinas contra a COVID-19 aos estados e municípios; (v) Medidas de distanciamento social, incluindo o fechamento de escolas, comércios e serviços não essenciais, e a restrição de atividades com potencial de aglomeração; (vi) Apoio financeiro a empresas, com concessão de crédito, flexibilização de acesso a empréstimos e redução da burocracia; e (vii) Campanhas de comunicação pública, para conscientizar a população sobre medidas preventivas e divulgar informações oficiais sobre a pandemia.

No entanto, a falta de coordenação entre as esferas de governo e a falta de investimentos na saúde pública ao longo dos anos contribuíram para agravar a situação da pandemia no Brasil. Segundo Ribeiro e Oliveira (2020), a ausência de uma política nacional de enfrentamento à Covid-19 e a falta de recursos para os estados e municípios foram fatores que dificultaram a resposta do país à crise sanitária.

Além disso, a pandemia da Covid-19 expôs as desigualdades sociais no Brasil e a necessidade de políticas públicas que tenham como foco a população mais

vulnerável. Segundo Fonseca e Santos (2021), as políticas públicas de enfrentamento à pandemia devem considerar as desigualdades sociais e econômicas do país, garantindo o acesso à saúde, à alimentação e ao trabalho para todos os brasileiros.

2.2.5 Relação entre Políticas Públicas e os Índices de Infecção por Covid-19 no Brasil

Há uma expressiva relação entre as políticas públicas e os índices de infecção por COVID-19 no Brasil quando se considera a forma como os governos e as autoridades públicas agiram para enfrentar a pandemia, o que pode ter impactado diretamente na disseminação do vírus e na redução ou aumento dos casos (Gomes, 2021).

Medidas de distanciamento social, como o isolamento social e o fechamento de estabelecimentos comerciais, foram implementadas por governos estaduais e municipais com base em orientações do Ministério da Saúde e de autoridades sanitárias, em resposta à evolução da pandemia em cada localidade, havendo ainda o contexto da Lei nº 13.979/2020, a qual estabelece medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, tratando, por exemplo, da quarentena e do isolamento, além de estabelecer medidas de vigilância epidemiológica e sanitária e de assistência à população.

Por outro lado, a falta de ações coordenadas e efetivas, como a demora na compra de vacinas e a falta de recursos para o sistema de saúde, podem ter contribuído para a disseminação do vírus e o aumento dos casos em outras regiões do país (Pereira, 2021). Nesse sentido, vale lembrar que outros fatores, como a adesão da população às medidas de prevenção e a circulação de novas variantes do vírus, também influenciaram os índices de infecção por covid-19 no Brasil (Rocha, 2021).

As políticas públicas desempenham um papel fundamental na prevenção e no controle de doenças infecciosas, como a COVID-19. No Brasil, a pandemia revelou a necessidade urgente de políticas públicas eficazes para conter a disseminação do vírus. No entanto, a falta de coordenação nacional e a resposta insuficiente do governo têm sido apontadas como fatores que contribuíram para o alto índice de contaminação no país (Penna, 2021).

De acordo com um estudo publicado na revista científica *The Lancet*, a resposta do governo brasileiro à pandemia tem sido inadequada e desorganizada, com pouca coordenação entre os níveis federal, estadual e municipal. Além disso, a falta de recursos para a saúde pública e a subnotificação de casos e mortes têm prejudicado a eficácia das políticas públicas de saúde (Wilson, 2020).

Os dados apontam para uma relação clara entre a falta de políticas públicas eficazes e o alto índice de contaminação no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, o país registrou mais de 14,3 milhões de casos e 390 mil mortes por COVID-19 até maio de 2021. Esses números colocam o Brasil em segundo lugar no mundo em número de casos e mortes, atrás apenas dos Estados Unidos (Ministério da Saúde, 2021).

A falta de políticas públicas eficazes também tem afetado desproporcionalmente as populações mais vulneráveis. Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra que as áreas mais pobres e mais densamente povoadas do país apresentaram maior incidência e mortalidade por COVID-19. Isso evidencia a necessidade de políticas públicas que levem em consideração as desigualdades socioeconômicas e geográficas na implementação de medidas preventivas e de controle da doença (IPEA, 2020).

Para enfrentar a pandemia de forma eficaz, é fundamental que as políticas públicas sejam baseadas em evidências científicas e coordenadas entre os diferentes níveis de governo. Isso inclui medidas como o aumento da capacidade de testagem, rastreamento de contatos e isolamento social, além de recursos suficientes para o fortalecimento da saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2021; Centros de Controle e Prevenção de Doenças, 2021).

2.3 PRINCÍPIO DO MÍNIMO EXISTENCIAL

O Princípio do Mínimo Existencial é um conceito fundamental no campo do Direito e das políticas públicas, particularmente na área de direitos sociais e econômicos. Esse princípio estabelece que o Estado deve garantir as condições mínimas necessárias para que cada indivíduo possa viver com dignidade e desfrutar de uma qualidade de vida aceitável.

Em outras palavras, o Princípio do Mínimo Existencial afirma que o Estado tem a obrigação de assegurar que todos os cidadãos tenham acesso a um conjunto

mínimo de recursos e serviços essenciais, como alimentação adequada, moradia, saúde, educação e condições de trabalho decentes. Esses são os elementos básicos necessários para que uma pessoa possa levar uma vida digna e minimamente satisfatória.

Esse princípio entende que os direitos humanos vão além de serem apenas negativos, que impedem interferências do Estado. Eles também são direitos positivos, que exigem ações ativas do Estado. Assim, o Estado deve garantir condições mínimas para que todas as pessoas vivam com dignidade. Não basta apenas não interferir, é necessário promover o acesso a direitos essenciais. Dessa forma, os direitos humanos implicam tanto proteção quanto provisão por parte do Estado.

O Princípio do Mínimo Existencial está intimamente ligado à noção de igualdade, uma vez que busca eliminar as disparidades socioeconômicas que podem resultar em privações extremas para alguns grupos da sociedade. Ele também está relacionado à noção de justiça social, na medida em que busca equilibrar as oportunidades e condições de vida, reduzindo as desigualdades a níveis aceitáveis.

Na prática, isso exige que o Estado implemente políticas públicas para assegurar acesso universal a serviços essenciais, como saúde, educação e assistência social. Deve ainda criar redes de proteção social e programas específicos para apoiar os mais vulneráveis. Essas medidas garantem inclusão e promovem justiça social. Assim, o Estado assume um papel ativo na proteção e promoção do bem-estar da população. A efetivação desses direitos é fundamental para uma sociedade justa e igualitária.

No entanto, é importante ressaltar que o Princípio do Mínimo Existencial não implica que o Estado seja o único responsável por fornecer todos os recursos necessários para uma vida digna. Ele também reconhece a importância da participação ativa da sociedade e de outros atores, como organizações não governamentais, na promoção desses direitos fundamentais.

Em resumo, o Princípio do Mínimo Existencial enfatiza a responsabilidade do Estado em garantir um padrão mínimo de vida digna para todos os cidadãos, reconhecendo que certos direitos sociais e econômicos são essenciais para a realização plena da dignidade humana.

O princípio do mínimo existencial surgiu como importante garantia constitucional para a proteção dos direitos humanos e sociais. Sua origem pode ser encontrada na Constituição Federal de 1988, que estabelece em seu artigo 6º o direito

à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, além da assistência aos desamparados.

De acordo com Sarlete (2017), a partir daí, a doutrina jurídica passou a debater a importância da garantia do mínimo existencial para a proteção da dignidade humana, que é um valor fundamental do Estado de Direito. Dentre os autores que contribuíram para este debate, destaca-se a obra de Ingo Wolfgang Sarlet, que aborda o princípio do mínimo existencial em sua obra *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*.

O princípio do mínimo existencial consiste em um importante conceito do Direito Constitucional, que tem como objetivo assegurar a todos os indivíduos o mínimo necessário para a sua subsistência digna. Segundo o princípio do mínimo existencial, o Estado tem o dever de garantir o acesso a serviços e recursos básicos, como alimentação, moradia, saúde, educação e trabalho, de forma a garantir a dignidade humana (Silva, 2018).

Este princípio tem sua base na ideia de que a dignidade da pessoa humana é um valor fundamental do Estado de Direito, que deve ser protegido e promovido pelo poder público. O Estado, portanto, deve atuar para garantir que todos tenham acesso a condições mínimas de vida digna, independentemente de sua condição socioeconômica ou qualquer outra circunstância (Sarlet, 2017).

O princípio do mínimo existencial é uma importante garantia para a proteção dos direitos humanos e sociais, e sua aplicação tem sido objeto de debates e reflexões na doutrina jurídica. Dentre os autores que abordam este princípio, destaca-se a obra de Robert Alexy, em que o autor defende a importância da proteção dos direitos fundamentais como meio para garantir a dignidade humana (Alexy, 2018).

A aplicação do princípio do mínimo existencial é fundamental para a promoção da justiça social e para a efetividade da democracia. Segundo Paulo Bonavides, em sua obra *Curso de Direito Constitucional*, a proteção dos direitos sociais é fundamental para garantir a participação e inclusão social dos indivíduos (Bonavides, 2018).

Assim, pode-se concluir que o princípio do mínimo existencial é indispensável para a proteção dos direitos humanos e sociais, que tem como objetivo assegurar a todos os indivíduos o acesso a condições mínimas de vida digna. Sua aplicação é fundamental para a promoção da justiça social e para a efetividade da democracia.

Por fim, é importante destacar que a proteção do mínimo existencial não se limita apenas às políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos sociais, mas

também se estende às medidas de proteção aos direitos civis e políticos. A garantia do mínimo existencial é fundamental para a proteção da dignidade humana e para a construção de uma sociedade justa e igualitária.

2.3.1 Princípio do Mínimo Existencial e a Pandemia da Covid-19

O Princípio do Mínimo Existencial tornou-se ainda mais relevante durante a pandemia da COVID-19. A crise evidenciou desigualdades sociais e dificuldades no acesso a necessidades básicas. Foi fundamental garantir acesso universal a serviços essenciais, como saúde e assistência social. A pandemia reforçou a urgência de políticas públicas que protejam os mais vulneráveis. Assim, o princípio orienta a atuação do Estado frente aos desafios sociais da crise.

A pandemia evidenciou profundas questões ligadas à saúde, segurança econômica, desigualdade social e acesso aos serviços médicos. Nesse cenário, o Princípio do Mínimo Existencial reforça a responsabilidade dos governos em garantir condições mínimas de vida a todos. Mesmo em momentos de crise, é fundamental assegurar que cada pessoa tenha acesso a direitos básicos que preservem sua dignidade. Essa garantia é essencial para promover o bem-estar social e a justiça. Assim, o princípio orienta políticas públicas focadas na proteção dos mais vulneráveis em tempos difíceis.

Alguns aspectos para os quais o Princípio do Mínimo Existencial se torna especialmente relevante durante a pandemia incluem, em primeiro lugar, o acesso à saúde. A crise da COVID-19 evidenciou a necessidade de garantir o acesso universal e igualitário a serviços de saúde, incluindo testagem, tratamento e vacinação, independentemente da condição econômica dos indivíduos. Além disso, a segurança econômica tornou-se um ponto central, diante da perda de empregos e rendas decorrentes das medidas de restrição. Nesse cenário, o princípio reforça a obrigação do Estado em assegurar condições mínimas de subsistência, como acesso à alimentação, moradia e auxílio financeiro emergencial.

Outro ponto fundamental refere-se à educação a distância. Com o fechamento das escolas, o ensino remoto passou a ser a principal forma de continuidade das atividades educacionais. O princípio do mínimo existencial, nesse contexto, impõe a responsabilidade do poder público em assegurar que todos os estudantes tenham acesso a dispositivos eletrônicos e conexão à internet, garantindo, assim, o direito à

educação de forma equitativa. Também se destaca a proteção dos grupos vulneráveis, como idosos, pessoas com doenças crônicas e em situação de rua, os quais devem ser priorizados nas políticas públicas emergenciais, com acesso garantido a serviços de saúde e condições dignas de vida.

Por fim, o princípio abrange ainda a transparência e o direito à informação, considerando a importância de comunicar de forma clara, acessível e precisa as medidas adotadas, os riscos sanitários e os recursos disponíveis à população. Além disso, a pandemia ressaltou a necessidade de colaboração internacional, especialmente no apoio a países em desenvolvimento, para garantir acesso a insumos, vacinas e assistência técnica. O mínimo existencial, nesse sentido, também deve ser compreendido em uma dimensão global de solidariedade e corresponsabilidade.

A pandemia da COVID-19 torna ainda mais evidente a importância do Princípio do Mínimo Existencial na formulação e implementação de políticas públicas. A crise reforça a necessidade de garantir que as necessidades básicas de cada indivíduo sejam atendidas, independentemente das circunstâncias, a fim de preservar a dignidade humana e promover uma sociedade mais justa e equitativa.

Durante a pandemia de COVID-19, diversos autores renomados nas áreas do direito e da filosofia têm destacado a importância do princípio do mínimo existencial. Eles ressaltam sua relação fundamental com a proteção dos direitos humanos em contextos de crise sanitária. Esse princípio revela-se essencial para garantir condições básicas de vida mesmo em situações adversas. Assim, o debate acadêmico reforça o papel do Estado na promoção da dignidade humana durante períodos críticos.

Dentre os autores que abordaram o tema, destaca-se a obra de Robert Alexy (2018), que discute a relação entre o princípio do mínimo existencial e o direito à saúde em sua obra *Teoria dos Direitos Fundamentais*. Para o autor, a pandemia de COVID-19 exige do Estado a adoção de medidas para garantir o acesso à saúde como um direito fundamental de todos os indivíduos.

Bonavides (2018) já destacava a importância da proteção dos direitos sociais, como saúde e educação. Ele ressaltava que, especialmente durante uma pandemia, esses direitos são fundamentais para garantir a dignidade humana. Para ele, assegurar esses direitos é essencial para promover a justiça social. A proteção social

é um pilar para enfrentar crises e desigualdades. Assim, suas ideias continuam essenciais para orientar políticas públicas eficazes.

Ademais, Sarlete (2019) também tratava da importância do princípio do mínimo existencial na proteção dos direitos humanos em situações de emergência sanitária, defendendo que o Estado deve adotar medidas para garantir o acesso a condições mínimas de vida digna, como alimentação e moradia, durante a pandemia.

Em síntese, o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, é crucial para garantir a dignidade humana. Em tempos de crise sanitária, como a pandemia de COVID-19, essa garantia torna-se ainda mais urgente. Segundo Sarmento (2020), assegurar esses recursos básicos é fundamental para promover a justiça social. Esses direitos são pilares para a proteção das pessoas mais vulneráveis. Assim, o acesso universal contribui para uma sociedade mais justa e solidária.

2.4 RESERVA DO POSSÍVEL

A Reserva do Possível é um conceito jurídico que se refere à limitação das possibilidades financeiras e recursos disponíveis para o Estado cumprir com todas as demandas de direitos econômicos, sociais e culturais de sua população. Esse princípio é frequentemente discutido em contextos nos quais o governo enfrenta dificuldades financeiras para fornecer determinados serviços ou benefícios.

O conceito de Reserva do Possível reconhece que, em muitos casos, o Estado tem recursos limitados e precisa fazer escolhas difíceis ao alocar esses recursos para atender às necessidades da população. Isso é particularmente relevante quando se trata de direitos sociais, como saúde, educação, moradia, segurança social e outros serviços essenciais.

No entanto, a Reserva do Possível não pode ser usada como um pretexto para justificar a negação arbitrária de direitos fundamentais. Ela deve ser aplicada de maneira razoável e proporcional, levando em consideração o grau de urgência e importância dos direitos em questão. O princípio da Reserva do Possível não pode ser usado como uma desculpa para evadir responsabilidades ou para perpetuar desigualdades injustas.

Existem algumas considerações importantes relacionadas ao princípio da Reserva do Possível. Em primeiro lugar, destaca-se o Princípio da Proibição de Retrocesso, segundo o qual, uma vez que determinado nível de efetivação de direitos

sociais tenha sido alcançado, é inaceitável retroceder sob a justificativa de escassez de recursos. Em seguida, o Dever de Priorização estabelece que, mesmo que o Estado não possa atender todas as demandas simultaneamente, ele deve priorizar áreas essenciais como saúde e educação na alocação dos recursos públicos.

Além disso, a Transparência e a Justificação das decisões governamentais são fundamentais: o Estado deve ser claro sobre suas limitações orçamentárias e justificar, com base em critérios objetivos e éticos, as escolhas feitas. O princípio da Ação Progressiva também impõe ao Estado a obrigação de adotar medidas que, mesmo diante de restrições financeiras, promovam a ampliação gradual dos direitos sociais e econômicos. Por fim, o Controle Judicial tem papel relevante ao avaliar se a alegação de insuficiência de recursos está sendo usada de forma legítima ou se serve como pretexto indevido para negar o cumprimento de direitos fundamentais.

A Reserva do Possível reconhece a realidade das limitações financeiras do Estado, mas também destaca a necessidade de priorizar a garantia dos direitos fundamentais da população. Ela não pode ser uma desculpa para a negligência dos deveres do Estado de proteger e promover o bem-estar da sociedade.

A Reserva do Possível consiste em teoria jurídica que se baseia no reconhecimento de que o Estado tem limitações financeiras e, portanto, não pode atender todas as demandas sociais de forma imediata e integral, aplicando-se especialmente aos direitos sociais, como saúde, educação, moradia, entre outros, que são considerados fundamentais e previstos na Constituição.

De acordo com a teoria, o Estado deve buscar garantir o máximo possível de direitos sociais aos cidadãos, mas sem comprometer sua capacidade financeira. Em outras palavras, o Estado deve fazer o possível dentro das suas limitações financeiras para garantir o acesso aos direitos fundamentais, como saúde e educação, mas sem ultrapassar os seus recursos financeiros (Sarmiento; Sarlet, 2018).

Esse conceito foi desenvolvido a partir da necessidade de conciliar as demandas sociais com as limitações financeiras do Estado. Nesse prisma, a Reserva do Possível busca equilibrar a necessidade de garantir o acesso aos direitos sociais com a necessidade de manter a sustentabilidade financeira do Estado (Sarmiento; Sarlet, 2018).

2.4.1 Reserva do Possível e Covid-19

A pandemia da COVID-19 trouxe à tona discussões complexas sobre o conceito de Reserva do Possível em relação à capacidade dos governos de enfrentar a crise de saúde pública e suas consequências socioeconômicas. A Reserva do Possível refere-se à limitação das possibilidades financeiras do Estado para cumprir com todos os direitos econômicos, sociais e culturais da população. No contexto da pandemia, esse princípio adquiriu novas dimensões e desafios.

A aplicação do princípio da Reserva do Possível durante a pandemia da COVID-19 envolve diversas considerações cruciais. Primeiramente, destaca-se o reconhecimento da limitação dos recursos públicos, uma vez que a pandemia afetou drasticamente as finanças dos países, gerando aumento expressivo na demanda por serviços de saúde, apoio econômico e benefícios sociais. Nesse cenário, a Reserva do Possível pressupõe que as decisões sobre a alocação de recursos devem ser tomadas com responsabilidade e baseadas em critérios de prioridade, sendo a saúde pública uma delas. Assim, cabe ao Estado direcionar seus esforços para garantir o acesso da população a serviços médicos, testagem, tratamento e vacinação, assegurando a proteção da vida.

Além da saúde, os desafios socioeconômicos gerados pela pandemia também exigiram a aplicação prática do princípio. O aumento do desemprego, os bloqueios e as dificuldades financeiras demandaram ações emergenciais de apoio econômico à população, em especial aos grupos mais afetados. Da mesma forma, a educação foi severamente impactada pelo fechamento de escolas, exigindo dos governos medidas alternativas, como o ensino remoto, para garantir o acesso à aprendizagem mesmo em contextos adversos. A Reserva do Possível, nesse sentido, reforça a obrigação estatal de buscar soluções viáveis para assegurar o cumprimento dos direitos sociais, ainda que em condições excepcionais.

Outro aspecto essencial diz respeito à proteção dos grupos vulneráveis, como idosos, pessoas com doenças crônicas e comunidades de baixa renda, que requerem atenção especial no acesso à saúde e a políticas de apoio. Nesse processo, a transparência e a justificação das decisões governamentais são fundamentais: os cidadãos têm o direito de compreender como os recursos públicos estão sendo utilizados e com base em quais critérios. Por fim, a pandemia evidenciou a importância

da inovação e adaptação, exigindo dos governos soluções criativas, eficientes e sustentáveis, mesmo diante de severas restrições orçamentárias.

A aplicação da Reserva do Possível durante a pandemia é um equilíbrio delicado entre as necessidades urgentes da população e as limitações financeiras. Embora o princípio reconheça a realidade das restrições de recursos, ele não pode ser usado como uma desculpa para ignorar a importância dos direitos fundamentais. Os governos devem demonstrar responsabilidade, transparência e compromisso na busca por soluções que protejam a saúde e o bem-estar de todos os cidadãos.

Os debates sobre a reserva do possível se intensificaram durante a pandemia de COVID-19, diante dos desafios inéditos enfrentados pelo Estado. A crise sanitária expôs as limitações orçamentárias frente à necessidade de garantir direitos fundamentais. Especialmente os direitos à saúde e à vida passaram a exigir respostas rápidas e eficazes. Nesse cenário, a tensão entre escassez de recursos e dever de proteção ganhou destaque. O tema tornou-se central para refletir sobre a responsabilidade estatal em tempos de emergência.

Os debates sobre a reserva do possível ganharam força durante a pandemia de COVID-19, devido aos desafios inéditos impostos pela crise sanitária. Essa situação evidenciou as limitações e dificuldades na garantia dos direitos fundamentais, especialmente os ligados à saúde e à vida. A crise ressaltou a necessidade de equilibrar recursos disponíveis com a proteção desses direitos essenciais. Assim, a discussão sobre a reserva do possível tornou-se central para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes.

Para alguns autores, como Sarmento e Sarlet (2018), a reserva do possível é um princípio que se relaciona diretamente com o conceito de direitos fundamentais, uma vez que o reconhecimento desses direitos implica a obrigação do Estado de adotar medidas para protegê-los. No entanto, eles ressaltam que a aplicação da reserva do possível deve ser feita de maneira equilibrada, considerando as possibilidades financeiras e orçamentárias do Estado, bem como as necessidades concretas da população.

Robert Alexy (2020) destaca que a reserva do possível não pode ser usada como um pretexto para o descumprimento dos direitos fundamentais, especialmente aqueles relacionados à saúde e à vida, pois é fundamental que as medidas adotadas pelo Estado sejam proporcionais e razoáveis, levando em conta a situação concreta e os recursos disponíveis.

Em suma, a reserva do possível é relevante para a proteção dos direitos humanos em contextos de crise. No entanto, sua aplicação não pode ser absoluta nem servir como justificativa para omissões estatais. É fundamental que seja equilibrada com outros princípios constitucionais. Dentre eles, destacam-se a proporcionalidade, a razoabilidade e a igualdade. Esse equilíbrio é essencial para assegurar a efetividade dos direitos fundamentais.

2.5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

2.5.1 Aspectos Conceituais do Direito à Saúde e sua Contextualização no Sistema Constitucional Brasileiro em Tempos de Covid-19

A Organização Mundial da Saúde – OMS reconheceu, em 1948, a saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade, cabendo aos Estados a obrigação de realizar, oportunizar e proteger o direito à saúde.

O direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, constitui um dos pilares do Estado Democrático de Direito brasileiro. Esse direito é amplamente reconhecido como fundamental e vincula-se à dignidade da pessoa humana, sendo indispensável para a promoção do bem-estar e a garantia de uma vida digna. O artigo 196 da Constituição estabelece que a saúde é "direito de todos e dever do Estado", devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Essa definição integra a saúde ao rol dos direitos sociais, conferindo-lhe uma importância central na estruturação das políticas públicas.

Além do texto constitucional, o arcabouço jurídico que sustenta o direito à saúde no Brasil é robusto e abrange legislações como a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), a Lei nº 8.142/1990, entre outras normas. Essas leis estabelecem as diretrizes e os mecanismos para a efetivação desse direito, promovendo a descentralização e a participação popular na gestão das políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir desses dispositivos, é a principal expressão da concretização do direito à saúde no Brasil, com base nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

O reconhecimento da saúde como um direito fundamental não se limita à sua previsão constitucional. Trata-se de um direito cuja natureza impõe ao Estado obrigações positivas de prestação, demandando a formulação e implementação de políticas públicas voltadas à promoção e à proteção da saúde. Nesse sentido, o direito à saúde é um direito prestacional, que exige não apenas a ausência de interferências indevidas, mas também a adoção de medidas concretas para a sua efetivação (Sarlet, 2012).

No Brasil, a compreensão do direito à saúde como um direito fundamental de natureza prestacional levou ao desenvolvimento de uma vasta jurisprudência no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF) e de outras cortes, que reafirmam a obrigação do Estado em garantir o acesso aos serviços de saúde, independentemente das condições econômicas dos cidadãos. Em tempos de crise sanitária, como a pandemia de Covid-19, a relevância desse direito se intensifica, uma vez que sua efetividade está diretamente relacionada à preservação da vida e à proteção dos direitos humanos.

A emergência de saúde pública provocada pela pandemia evidenciou as desigualdades estruturais no acesso à saúde e reforçou a necessidade de políticas públicas inclusivas e eficazes. A pandemia também trouxe à tona debates sobre a sustentabilidade do SUS, o papel do Estado na garantia do direito à saúde e a necessidade de coordenação entre as diferentes esferas de governo para enfrentar crises sanitárias.

2.5.2 Da Partição das Competências em Matéria de Saúde (Estrutura do SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, é a principal estrutura para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Organizado com base nos princípios da descentralização e da regionalização, o SUS distribui competências entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, permitindo uma articulação intergovernamental na prestação dos serviços de saúde.

Essa descentralização, embora positiva ao conferir maior proximidade entre os serviços de saúde e a população, também gera desafios significativos em termos de coordenação e execução das políticas de saúde. Durante a pandemia de Covid-19, a repartição de competências entre os entes federativos foi colocada à prova. As divergências sobre as medidas de isolamento social, a distribuição de insumos e

vacinas e as políticas de enfrentamento à crise resultaram em disputas políticas e jurídicas que demandaram a intervenção do Supremo Tribunal Federal.

Em decisões relevantes, como a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.341, o STF reafirmou a competência concorrente dos entes federativos para legislar sobre saúde e adotar medidas de enfrentamento à pandemia. Essa decisão destacou a importância da autonomia dos Estados e Municípios na implementação de políticas de saúde pública, especialmente em contextos de emergência, mas também evidenciou a necessidade de uma coordenação nacional para garantir a coerência das ações e a eficiência no uso dos recursos disponíveis (STF, 2020).

2.5.3 A Judicialização do Direito à Saúde em Tempos de Covid-19

A judicialização da saúde no Brasil já era um fenômeno consolidado antes da pandemia, mas a crise sanitária acelerou e ampliou o número de demandas judiciais relacionadas à saúde. Durante a pandemia, o Judiciário foi acionado para decidir sobre questões como a obrigatoriedade da vacinação, o fornecimento de medicamentos experimentais, o acesso a leitos de UTI e a alocação de recursos escassos.

Essa intensificação da judicialização durante a pandemia levanta questões sobre os limites da intervenção judicial em políticas públicas de saúde. Por um lado, a atuação do Judiciário é essencial para garantir o acesso à saúde em casos de omissão ou ineficácia do poder público. Por outro lado, a interferência do Judiciário em questões técnicas e a concessão de medidas judiciais que priorizam demandas individuais podem gerar impactos negativos na gestão coletiva do sistema de saúde, como a desorganização das filas de atendimento e a sobrecarga orçamentária (Dutra, 2020).

O aumento das demandas judiciais relacionadas à Covid-19 revelou também a importância do diálogo interinstitucional entre o Judiciário, o Executivo e as autoridades de saúde. Em muitas decisões, o Judiciário buscou ouvir especialistas e considerar as orientações técnico-científicas antes de deliberar sobre temas complexos e altamente técnicos, como o uso de medicamentos sem comprovação científica. Essa prática é fundamental para garantir que as decisões judiciais estejam alinhadas com os princípios da razoabilidade e da eficiência na alocação de recursos.

2.5.4 O Impacto da Pandemia na Efetividade do Direito à Saúde

A pandemia de Covid-19 evidenciou de forma contundente as fragilidades estruturais do sistema de saúde brasileiro, ao mesmo tempo em que ressaltou a centralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento essencial para a garantia do direito fundamental à saúde. A crise sanitária global colocou à prova a capacidade do SUS de responder a emergências em larga escala, demonstrando tanto sua relevância quanto suas limitações. Nesse cenário, emergiu com força a necessidade de reformas institucionais e de novos modelos de financiamento que assegurem a sustentabilidade do sistema e ampliem o acesso equitativo aos serviços, especialmente nas regiões mais desassistidas do país.

Além disso, a pandemia escancarou as desigualdades regionais e socioeconômicas no acesso aos cuidados de saúde, revelando um quadro de iniquidades que reflete a estrutura social brasileira. Enquanto determinadas regiões conseguiram estruturar respostas mais efetivas, com maior disponibilidade de leitos, profissionais e insumos, outras enfrentaram escassez crítica de recursos e colapso hospitalar. Essa disparidade reforça a importância de políticas públicas orientadas pelos princípios da equidade e da justiça social, pilares fundamentais do SUS e do próprio conceito constitucional de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Diversos estudos apontam que os efeitos da pandemia foram desproporcionais entre diferentes grupos populacionais, atingindo com maior severidade as camadas mais vulneráveis da sociedade. Fatores como renda, escolaridade, raça, gênero e território tornaram-se determinantes na exposição ao vírus e no acesso ao tratamento. O acesso desigual a testes, internações e vacinas, especialmente nas fases iniciais da campanha de imunização, evidenciou a necessidade de estratégias de saúde pública mais inclusivas, capazes de considerar as desigualdades estruturais e as especificidades regionais e socioeconômicas (Piovesan, 2020).

Nesse contexto, a efetividade do direito à saúde depende de um compromisso contínuo do Estado com a formulação e execução de políticas públicas que garantam a universalidade, a integralidade e a equidade do atendimento. É indispensável, ainda, fortalecer os mecanismos de participação e controle social, assegurando que a população exerça papel ativo na fiscalização e formulação das ações de saúde. A pandemia também ressaltou o valor da ciência, da informação transparente e da

gestão baseada em evidências como elementos essenciais para a legitimidade das decisões governamentais e para a adesão social às medidas de prevenção.

O período pandêmico intensificou o debate em torno da judicialização da saúde, um fenômeno de caráter global, mas com especificidades marcantes no contexto brasileiro (Lanprea, 2017; Dittrich *et al.*, 2016). Diante da insuficiência de respostas administrativas e da morosidade de certas políticas, muitos cidadãos recorreram ao Poder Judiciário como via de acesso ao tratamento, medicamentos, equipamentos e procedimentos cirúrgicos. No Brasil, diversos estudos analisam os impactos das decisões judiciais que impõem ao Estado a obrigação de fornecer bens e serviços de saúde (Vieira, 2018).

A ampliação da judicialização durante a pandemia revelou tanto a fragilidade da gestão pública quanto a confiança social no Judiciário como instância de efetivação de direitos. Entretanto, o aumento expressivo de ações judiciais também trouxe desafios à administração pública, que se viu diante de ordens judiciais conflitantes, de impactos orçamentários inesperados e de dificuldades na execução de políticas de forma coordenada e equitativa. Essa realidade evidenciou a urgência de se fortalecer os canais administrativos de resolução de demandas e de aprimorar a comunicação entre gestores, profissionais da saúde e o sistema de justiça, de modo a evitar a sobreposição de competências e a fragmentação das políticas públicas.

A experiência pandêmica deixou claro que a efetividade do direito à saúde não pode depender exclusivamente de decisões judiciais, mas deve ser construída por meio de políticas públicas sólidas, planejadas e sustentáveis. O fortalecimento do SUS, a integração entre os entes federativos, o investimento em infraestrutura e tecnologia em saúde e a valorização dos profissionais que compõem o sistema são condições indispensáveis para garantir um atendimento equitativo e de qualidade.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA EM ESTUDO

O Brasil é um país de dimensões continentais, caracterizado por grande diversidade geográfica, social, econômica e cultural. Com uma população estimada em mais de 214 milhões de habitantes (IBGE, 2022), distribuída em cinco grandes regiões geográficas - Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul - o país ocupa uma área de aproximadamente 8.516.000 km², sendo o maior da América Latina e o quinto maior do mundo em extensão territorial. A distribuição populacional é desigual, com maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste, e menores densidades nas regiões Norte e Centro-Oeste (IBGE, 2022).

Do ponto de vista social, o Brasil apresenta avanços significativos, mas ainda enfrenta desafios estruturais. Na educação, embora o acesso à educação básica seja praticamente universal, a taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais ainda é de 6,6%, com maior incidência na região Nordeste (IBGE, 2021a). A qualidade do ensino básico é uma preocupação persistente, refletida nos baixos desempenhos em avaliações internacionais, como o Programa Internacional de Avaliação de Alunos – PISA (OCDE, 2018). Na saúde, a expectativa de vida no país atingiu 76,6 anos em 2021, com variações regionais expressivas: enquanto o Sul e o Sudeste apresentam expectativa superior a 78 anos, o Norte e o Nordeste têm índices mais baixos, inferiores a 74 anos (IBGE, 2021b).

O Sistema Único de Saúde (SUS), um marco na política de saúde pública brasileira, garante o direito universal à saúde. No entanto, enfrenta desafios relacionados ao subfinanciamento, à distribuição desigual de recursos e à capacidade de resposta em regiões mais vulneráveis (Fiocruz, 2020). Tais fragilidades se acentuaram durante a pandemia da COVID-19, especialmente nos estados com menor infraestrutura hospitalar e menor cobertura de atenção básica.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil é de 0,765, classificando o país como de "alto desenvolvimento humano" (PNUD, 2022). No entanto, esse dado nacional oculta grandes desigualdades regionais. Estados como Santa Catarina (0,808) e São Paulo (0,806) têm IDHs elevados, enquanto estados como Alagoas (0,683) e Maranhão (0,687) apresentam os menores índices do país, revelando desigualdades estruturais no acesso à saúde, à educação e à renda (PNUD, 2022).

O Brasil é a maior economia da América Latina e a 12^a do mundo, com PIB estimado em 2 trilhões de dólares (Banco Mundial, 2022). Apesar disso, o PIB per capita gira em torno de 8.750 dólares, revelando forte concentração de renda. A região Sudeste lidera a produção econômica, enquanto Norte e Nordeste dependem mais do setor público e primário (IPEA, 2021). A taxa de desemprego é de 11,1%, sendo mais elevada entre jovens e nas regiões mais pobres (IBGE, 2022). O coeficiente de Gini, em 0,53, coloca o Brasil entre os países com maior desigualdade (IBGE; World Bank, 2022). Esses indicadores demonstram os profundos desequilíbrios sociais e regionais do país.

3.2 ESTRUTURA DO PODER JUDICIÁRIO BRASILEIRO

O Poder Judiciário é um dos pilares fundamentais do Estado Democrático de Direito, responsável pela interpretação e aplicação das leis, bem como pela solução imparcial de conflitos, assegurando o respeito aos direitos fundamentais e ao devido processo legal. Sua estrutura organizacional é determinante para o funcionamento da justiça e para a preservação da ordem constitucional.

No Brasil, o Judiciário é composto por uma estrutura hierárquica e multifacetada, distribuída em diferentes instâncias e ramos especializados. A primeira instância é formada pelos juízos de primeiro grau, nos quais os processos têm início. Nessa fase, o juiz singular analisa os fatos e as provas apresentados pelas partes e profere a sentença com base no ordenamento jurídico vigente.

As decisões proferidas em primeira instância podem ser objeto de recurso aos tribunais de segundo grau, que têm a função de revisar os julgamentos e verificar a observância das normas processuais e materiais. Esses tribunais, organizados nos âmbitos estaduais e federais, podem manter, reformar ou anular as sentenças, garantindo um duplo grau de jurisdição e maior segurança jurídica.

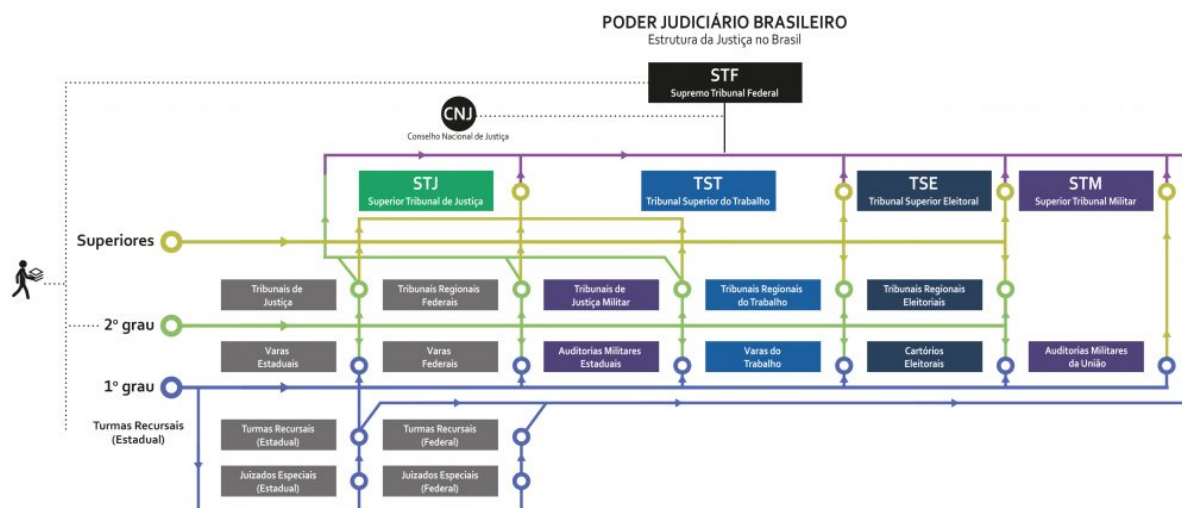
No topo do Judiciário, estão os tribunais superiores, que garantem a constitucionalidade das normas e a uniformidade da legislação. O STF atua na guarda da Constituição, e o STJ na interpretação das leis infraconstitucionais. TST, TSE e STM tratam das áreas trabalhista, eleitoral e militar, respectivamente. Essas cortes asseguram estabilidade e coerência ao sistema jurídico nacional.

A estrutura do Judiciário brasileiro também contempla justiças especializadas, como a Justiça do Trabalho, a Justiça Eleitoral e a Justiça Militar, cada uma com competências específicas e tribunais próprios. Essas justiças atuam em paralelo à Justiça Comum, que é dividida entre a esfera estadual e federal, de acordo com a matéria e a parte envolvida.

Um dos princípios estruturantes do sistema judiciário brasileiro é a independência funcional e administrativa do Poder Judiciário em relação aos Poderes Executivo e Legislativo. Essa separação garante a autonomia dos magistrados para decidir com imparcialidade, sem sofrer pressões externas, preservando a integridade das decisões judiciais e a proteção dos direitos dos cidadãos.

A hierarquia e especialização do sistema judicial brasileiro formam um arcabouço que permite não apenas o controle das decisões e a correção de eventuais erros, mas também a adaptação contínua às demandas sociais e jurídicas em constante transformação. A existência de múltiplas instâncias e ramos especializados assegura maior capilaridade, coerência na aplicação do direito e eficiência na resolução dos conflitos.

Figura 1 - Estrutura do Poder Judiciário Brasileiro



Fonte: Conselho Nacional de Justiça – CNJ.

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 Indicadores de Desenvolvimento Social e Econômico

Realizamos uma análise detalhada utilizando os principais índices de desenvolvimento social e econômico para avaliar o progresso e as disparidades entre diferentes regiões e grupos populacionais. Os dados foram coletados de fontes oficiais, como IBGE, PNUD e Banco Mundial. Para examinar a relação entre o número de processos judiciais sobre a COVID-19 e os principais índices de desenvolvimento social e econômico, serão utilizados indicadores como IDH, PIB per capita, taxa de desemprego, índice de Gini e outros relevantes.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): O IDH pode fornecer uma visão geral da qualidade de vida nas regiões, mostrando como áreas com melhor educação, saúde e renda foram impactadas em termos de processos judiciais relacionados à COVID-19. Regiões com IDH mais elevado podem ter mais capacidade de acessar o Judiciário para resolver disputas ou exigir direitos relacionados à saúde pública.

Taxa de Desemprego e Renda: A pandemia causou desemprego em várias regiões, e esse fator pode estar diretamente relacionado ao aumento de processos trabalhistas e demandas judiciais relacionadas à COVID-19, como questões sobre direitos trabalhistas e auxílios emergenciais.

PIB per Capita: Esse indicador reflete a prosperidade econômica de uma região. Regiões com PIB per capita mais elevado podem ter uma maior quantidade de processos, uma vez que a população tem mais acesso ao Judiciário e ao sistema de saúde. Por outro lado, regiões com PIB per capita mais baixo podem estar mais pressionadas por processos envolvendo falta de acesso a tratamentos ou recursos.

Índice de Gini: Este indicador mede a desigualdade de renda. Uma maior desigualdade pode indicar uma correlação com processos judiciais ligados à falta de acesso a tratamento de saúde ou a políticas públicas inadequadas para as camadas mais pobres durante a pandemia.

Índice de Vulnerabilidade Social: O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) reflete a capacidade das populações de uma região de acessar serviços básicos de saúde. Áreas com maior vulnerabilidade podem ter enfrentado mais dificuldades durante a pandemia, resultando em uma maior judicialização.

3.3.2 Indicadores de Desenvolvimento de Saúde

Os indicadores de saúde ajudam a entender como foram distribuídos recursos como respiradores, EPIs e leitos temporários durante a pandemia. Permitem analisar a relação entre infraestrutura hospitalar e a capacidade de resposta dos estados. Também facilitam a correlação com o número de ações judiciais relacionadas à COVID-19. A análise é especialmente relevante em regiões com menos recursos ou com atrasos na implementação. A seguir, descrevemos os principais indicadores para investigar essa relação nos estados brasileiros.

Leitos de UTI por 100 mil Habitantes: Esse indicador reflete a capacidade hospitalar de cada estado, permitindo verificar a relação entre a insuficiência de leitos de UTI e a quantidade de processos judiciais relativos à falta de atendimento durante a pandemia.

Taxa de Ocupação de UTI: A taxa de ocupação de UTIs é um indicador crítico para medir o nível de pressão sobre o sistema de saúde. Altas taxas de ocupação podem estar relacionadas a um maior número de processos judiciais, especialmente aqueles ligados à falta de atendimento adequado.

Disponibilidade de Equipamentos de Saúde (ventiladores, respiradores etc.): A quantidade e a disponibilidade de equipamentos médicos essenciais, como ventiladores e respiradores, influenciam diretamente a capacidade de tratamento de casos graves de COVID-19. Regiões com falta desses equipamentos podem ter gerado mais litígios envolvendo a gestão de recursos de saúde.

Número de Profissionais de Saúde por 100 mil Habitantes: A quantidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde por habitante pode ajudar a entender a relação entre a disponibilidade de recursos humanos e os processos judiciais relacionados a falhas no atendimento hospitalar.

Gastos Públicos em Saúde por Estado: Este indicador pode ser correlacionado à capacidade dos estados de investir em infraestrutura e recursos durante a pandemia. Estados com menos investimento em saúde podem ter enfrentado mais ações judiciais por insuficiência de recursos.

Taxa de Mortalidade por COVID-19: A taxa de mortalidade por COVID-19 em cada estado é um indicador direto da gravidade da pandemia e pode estar associada ao número de processos judiciais, especialmente aqueles relacionados à falta de assistência médica adequada.

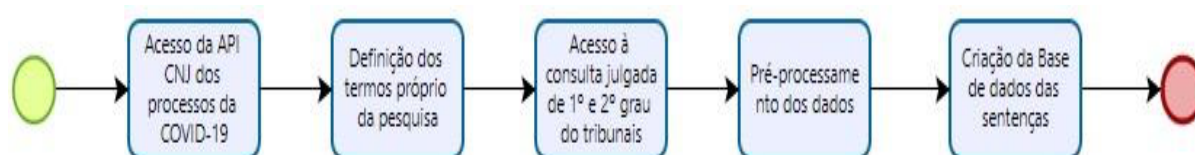
3.3.3 Base de Dados das Sentenças Judiciais Sobre Covid-19

A base de dados das sentenças judiciais sobre a COVID-19 constitui um valioso recurso para entender as implicações legais e as decisões judiciais relacionadas à pandemia. Essa base reúne informações sobre processos judiciais abertos em resposta à crise sanitária, abrangendo questões como direitos individuais, medidas de saúde pública, responsabilidade governamental e outros aspectos legais pertinentes. A análise dessas sentenças proporciona insights sobre como as cortes interpretam e aplicam a legislação durante um período de

Para a descrição das demandas judiciais relativas à saúde no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil e a análise de suas repercussões nos sistemas de justiça e de saúde, este estudo coletou e analisou dados sobre as ações judiciais de saúde relacionadas à covid-19 por meio de consulta aos sítios eletrônicos dos 27 tribunais de justiça (TJ) de 1ª e 2ª instância, por meio da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.572/2011).

Para a coleta dos dados dos processos sobre a covid-19, foram realizadas uma série de etapas que estão descritas na Figura 3, que destaca a metodologia para a extração dos dados. O processo de obtenção dos dados foi estruturado em 5 etapas. Primeiro foi realizado o acesso via *Application Programming Interface* (API) disponível no CNJ, que facilita a extração dos dados para os tribunais brasileiros, no qual se buscou as decisões de segunda instância (decisões monocráticas, acórdãos) e decisões de primeira instância (sentenças). Por meio da técnica de mineração, foram obtidos os textos das decisões, link para download ou arquivos em formato de PDF com o conteúdo das decisões que ficaram disponíveis em uma base de dados, sendo exportado em csv.

Figura 2 - Fluxograma obtenção do Dataset

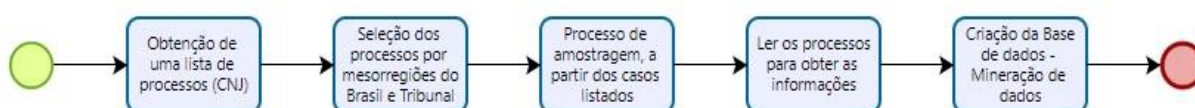


Fonte: Elaboração própria.

Após a obtenção da base de dados com todo os processos judiciais por tribunal, foi realizada a seleção dos processos judiciais por meio da técnica de amostragem. Nesse trabalho, utilizou-se o processo de amostragem estratificada, no qual cada

mesorregião do Brasil é considerada como um estrato. Os processos foram agrupados por Tribunal de Justiça e selecionados de forma aleatória. Vale ressaltar que foi necessário ler os processos para obter as informações necessárias para esta pesquisa, pois os dados não estão tabulados em nenhum outro lugar.

Figura 3 – Fluxograma da seleção dos processos



Fonte: Elaboração própria.

É importante ressaltar que, devido ao fato de que o tema principal dos processos é a judicialização da saúde, o subassunto muitas vezes não é informado pelos advogados, o que pode fazer com que o número de casos seja subestimado. Além disso, os assuntos complementares nem sempre são utilizados ou corrigidos nas Unidades. O DataJud não possui processuais completos, portanto, a busca por informações específicas deve ser feita pelo código dos assuntos relacionados, o que pode limitar a precisão da coleta de dados.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

3.4.1 Análise Exploratória de Dados (AED)

A análise exploratória de dados desempenha um papel fundamental na compreensão inicial das informações coletadas, proporcionando uma visão abrangente e sistemática das principais características do conjunto de dados. Essa etapa tem como objetivo descrever, resumir e organizar os dados, estabelecendo as bases para análises mais aprofundadas e inferências estatísticas subsequentes.

A exploração preliminar dos dados busca identificar padrões, tendências, discrepâncias e peculiaridades que possam revelar aspectos relevantes do fenômeno investigado. Para isso, serão empregadas estatísticas descritivas, como média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e percentis, a fim de obter uma compreensão geral da distribuição e variabilidade dos dados. Complementarmente, serão utilizados recursos gráficos como histogramas, gráficos de dispersão, boxplots

e mapas temáticos, que facilitarão a visualização das distribuições e relações existentes entre variáveis (Fávero *et al.*, 2009).

Além disso, a análise descritiva incluiu a elaboração de resumos tabulares das variáveis mais relevantes, com destaque para informações-chave que possam influenciar a formulação de hipóteses e a interpretação dos resultados. A identificação de valores atípicos, tendências centrais e dispersões contribuiu para uma leitura crítica do banco de dados. Foi aplicado também técnicas de categorização e agregação de dados, com o intuito de simplificar a análise e permitir comparações entre diferentes grupos ou períodos.

Neste trabalho, a Análise Exploratória de Dados foi aplicada ao conjunto de informações obtidas sobre a judicialização da saúde no contexto da pandemia de COVID-19, associando variáveis socioeconômicas, demográficas e estruturais dos Estados brasileiros. Essa etapa fornecerá uma base sólida para o desenvolvimento de análises estatísticas inferenciais e modelos explicativos mais robustos, permitindo uma compreensão mais refinada do fenômeno em estudo.

3.4.2 Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE)

A Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE) é uma metodologia essencial para a compreensão de padrões complexos em conjuntos de dados geoespaciais. Essa abordagem combina o uso de técnicas estatísticas com ferramentas avançadas de visualização, possibilitando a identificação de insights valiosos sobre a distribuição espacial de variáveis e suas interações. Ao investigar a disposição espacial dos dados, a AEDE vai além da simples análise descritiva, revelando tendências espaciais, padrões de agrupamento e a presença de outliers.

Uma das principais contribuições da AEDE é a sua capacidade de destacar relações de vizinhança e proximidade geográfica entre os elementos analisados. Esses fatores são fundamentais para identificar interações que, muitas vezes, não são detectadas em análises convencionais. Através dessa metodologia, é possível detectar áreas de concentração de fenômenos (clusters), além de examinar com mais precisão onde ocorrem desvios, variações e anomalias que podem ser de relevância para a análise.

Além disso, a AEDE auxilia na detecção de relações espaciais significativas, permitindo que se compreenda melhor como diferentes variáveis se relacionam dentro

de um contexto geográfico. Essa compreensão mais profunda das interações espaciais oferece uma base sólida para a tomada de decisões informadas, especialmente em áreas que envolvem planejamento territorial, políticas públicas e gestão de recursos. Ao facilitar a visualização e a análise das interdependências espaciais, a AEDE se torna uma ferramenta poderosa na revelação de padrões geoespaciais e na formulação de estratégias mais eficazes para enfrentar os desafios complexos presentes nos dados.

3.4.3 Geoesstística: Modelagem Espacial de Dados

A modelagem espacial de dados tem ganhado relevância crescente nos estudos voltados à saúde pública, especialmente em cenários marcados por crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19. A análise geoespacial permite não apenas observar a distribuição territorial de eventos ou indicadores, mas também compreender como variáveis se relacionam entre si no espaço. No contexto da pandemia, essa abordagem é particularmente útil para investigar desigualdades regionais na oferta de infraestrutura hospitalar, recursos humanos em saúde, equipamentos, insumos médicos e, conseqüentemente, na ocorrência da judicialização da saúde. Ao incorporar a dimensão espacial, é possível identificar padrões de autocorrelação, aglomeração ou dispersão de demandas judiciais e recursos, oferecendo uma compreensão mais ampla e precisa das dinâmicas territoriais envolvidas.

A utilização de técnicas de análise espacial, como os Índices de Moran Global e Local, contribui significativamente para o mapeamento e a quantificação da dependência espacial entre unidades geográficas, revelando regiões com comportamentos similares ou contrastantes em relação a determinados fenômenos. Esses instrumentos estatísticos ajudam a testar hipóteses sobre a presença de clusters espaciais e a detectar áreas críticas que demandam maior atenção do poder público. Dessa forma, a modelagem espacial torna-se uma ferramenta estratégica para subsidiar decisões políticas baseadas em evidências, reforçando a importância do planejamento territorial e da equidade no acesso aos direitos fundamentais, sobretudo em momentos de grande pressão sobre o sistema de saúde. A seguir, serão apresentados conceitos, fórmulas e interpretações dos Índices de Moran Global, Local

e regressão espacial, fundamentais para a compreensão das relações espaciais nos dados analisados.

3.4.3.1 Índice de Moran Global (I)

O índice de Moran Global, uma ferramenta importante na análise de padrões espaciais, avalia a autocorrelação espacial global em um conjunto de dados georreferenciados. Esse índice mensura a tendência de similaridade entre os valores das variáveis em diferentes locais, indicando se os padrões observados são espacialmente aleatórios, dispersos ou aglomerados. Ao calcular a correlação entre os valores das variáveis e as posições geográficas correspondentes, o índice de Moran Global proporciona insights sobre a presença de padrões globais de agrupamento ou dissimilaridade. Sua interpretação contribui para a compreensão das relações espaciais entre os dados, auxiliando na identificação de concentrações geográficas significativas e influências espaciais relevantes.

O índice de Moran (ou Estatística de Moran) foi proposta por Moran (1948) e mede a correlação espacial, usando uma medida de autocovariância na forma de produto cruzado. Este índice de Moran é usado como análise, a priori dos dados, porém obedecendo duas restrições para seu uso: variáveis quantitativas e dados espaciais de área. O índice de Moran permite testar a hipótese de dependência espacial nos dados (Ribeiro, 2012).

Tendo como hipótese nula – não há dependência espacial e hipótese alternativa – há dependência espacial.

A estatística do teste é o cálculo do Moran global (Equação 1)

$$I = \frac{n}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij}} \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n (y_i - \bar{y})(y_j - \bar{y})}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2} \quad (1)$$

onde W – Matriz de vizinhança; $\bar{y}_i$ – Média da partição da área; $\bar{y}$ – Média; y_j – Média do vizinho e N = Número de partições da área.

De maneira geral, o índice global de Moran testa a hipótese nula que é a independência espacial, de modo que seu valor for positivo, há indicação de correlação inversa. A confirmação da correlação significativa pode ser realizada pelo teste da pseudossignificância. Neste teste, várias combinações dos valores de

atributos associados às áreas são geradas, calculando-se os seus índices e verificando se o índice do arranjo que representa a situação observada está nas caudas, fora do intervalo de confiança.

A hipótese subjacente na operação do índice global de Moran é a estacionariedade de primeira e segunda ordem, perdendo sua validade caso os dados não sejam estacionários. Ou seja, se não houver estacionariedade de primeira ordem, seus vizinhos tendem a ser similares a áreas distantes, por causa da comparação com a média global. Além disso, se a variância não é constante, nos locais de maior variância, o índice é menor, e vice-versa (Druck *et al.*, 2004).

3.4.3.2 Índice de Moran Local (li)

O Índice de Moran Local (li) é uma medida crucial na análise de padrões espaciais, pois avalia a autocorrelação espacial local em um conjunto de dados georreferenciados. Ao contrário do Índice de Moran Global, o li examina a correlação entre os valores de uma variável em uma localidade específica e os valores de suas localidades vizinhas. Esse índice atribui valores individuais a cada localidade, indicando se uma localidade apresenta valores similares aos de suas vizinhas (alto índice de li positivo), se ocorre uma dissimilaridade (alto índice de li negativo) ou se não há padrão espacial discernível (índice próximo de zero). Através do Índice de Moran Local, é possível identificar áreas com padrões de aglomeração ou dispersão, o que contribui significativamente para a compreensão das complexas interações espaciais presentes nos dados.

O índice local de associação espacial (LISA) é usado para analisar a associação entre as diferentes localizações de uma variável distribuída espacialmente. O efeito desse tipo de indicador é produzir um valor local para cada área, identificando agrupamentos e anomalias, ou outros regimes. Além disso, possibilita a identificação de padrões significativos de associação espacial e permite representar uma decomposição do índice global (Druck *et al.*, 2004). Assim o índice local de Moran, estimado a partir de valores normalizados, pode ser calculado para cada área i pela (Equação 2):

$$l_i = \frac{z_i \sum_{j=1}^n w_{ij} z_{ij}}{\sum_{j=1}^n w_i^2} \quad (2)$$

Onde o valor de significância estatística é calculado da mesma forma que no caso global.

3.4.3.3 Regressão Espacial

A regressão é uma técnica estatística amplamente utilizada para analisar a relação entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis independentes. No modelo clássico de regressão linear, parte-se de pressupostos fundamentais, como a linearidade entre as variáveis, a normalidade e a independência dos resíduos, a homocedasticidade (constância da variância dos erros) e a ausência de autocorrelação. Quando esses pressupostos são violados, especialmente em análises que envolvem dados espaciais, isto é, quando as observações estão associadas a unidades geográficas, os modelos tradicionais deixam de ser apropriados, pois desconsideram a possível influência que uma localidade pode exercer sobre outra. Nesses casos, o uso de técnicas de regressão espacial torna-se essencial para evitar estimativas viesadas e interpretações equivocadas.

A regressão espacial é uma extensão dos modelos lineares que incorpora explicitamente a estrutura de dependência espacial dos dados. Essa dependência é representada por uma matriz de pesos espaciais, que define o grau de influência entre localidades vizinhas com base em critérios de contiguidade ou distância. Existem principalmente dois modelos de regressão espacial amplamente adotados: o modelo de defasagem espacial (Spatial Lag Model – SAR) e o modelo de erro espacial (Spatial Error Model – SEM). O primeiro incorpora uma variável defasada espacialmente da variável dependente, assumindo que o valor de uma região é influenciado diretamente pelos valores das regiões vizinhas. Já o segundo considera que a autocorrelação está presente nos resíduos do modelo, ou seja, que fatores não observados com padrão espacial influenciam os resultados. A escolha entre os dois modelos depende de testes diagnósticos, como o Lagrange Multiplicador (LM) e suas versões robustas, que identificam o tipo predominante de dependência espacial.

Neste trabalho, foi adotado o modelo de erro espacial (SEM), uma vez que os testes estatísticos realizados indicaram autocorrelação significativa nos resíduos do modelo clássico, evidenciando a presença de efeitos espaciais não capturados pelas variáveis independentes. O uso do SEM permite controlar essa autocorrelação, ajustando os resíduos e proporcionando estimativas mais confiáveis. Esse modelo se

mostrou mais adequado para o objetivo da pesquisa, que é investigar os fatores associados à judicialização da saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, considerando a distribuição espacial dos processos judiciais entre os estados.

A aplicação da regressão espacial, portanto, contribui significativamente para o aprofundamento da análise ao incorporar a dimensão territorial das desigualdades. Considerar a dependência espacial permite captar padrões não observáveis que influenciam os resultados, como a desigual distribuição de infraestrutura de saúde, os fluxos intermunicipais de pacientes ou mesmo dinâmicas administrativas regionais.

A escolha do modelo de erro espacial (SEM) foi fundamentada em testes de diagnóstico de autocorrelação espacial, em especial o índice de Moran e os testes Lagrange Multiplicador (LM) e LM robustos, aplicados aos resíduos do modelo de regressão linear clássico. Esses procedimentos permitiram identificar a presença de dependência espacial significativa, indicando que fatores não observados com distribuição geográfica influenciavam os resultados. A partir dessa constatação, o SEM foi estimado de modo a corrigir os efeitos de autocorrelação residual, assegurando maior robustez estatística e validade inferencial às estimativas obtidas.

O processo de modelagem considerou como variável dependente a taxa de judicialização da saúde relacionada à COVID-19 por estado, enquanto as variáveis independentes incluíram indicadores socioeconômicos (IDH, IVS e Índice de Gini), demográficos (densidade populacional, taxa de urbanização) e de infraestrutura hospitalar (leitos, internações e respiradores do SUS por mil habitantes). A matriz de pesos espaciais utilizada foi construída com base na contiguidade de primeira ordem (matriz Queen), atribuindo maior influência entre estados limítrofes. Essa estrutura foi selecionada por refletir adequadamente a interação territorial entre as unidades federativas e capturar as possíveis externalidades espaciais associadas à gestão regional da pandemia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos estados brasileiros por região segundo a taxa média de judicialização das demandas de saúde por COVID-19 no período de 2020 a 2022. A partir da análise, observa-se que 40,74% dos estados apresentaram média taxa de judicialização, enquanto 25,93% apresentaram alta taxa. A Região Sul destacou-se como a de maior concentração de judicializações, com 66,67% de seus estados classificados na categoria de alta judicialização, o que sugere uma cultura jurídica mais consolidada e uma população com maior grau de acesso e confiança no sistema de justiça para garantir direitos à saúde (Tabela 1).

Este resultado dialoga com o que apontam Dallari *et al.* (2021) ao enfatizarem que o fenômeno da judicialização não é apenas reflexo de carência de serviços, mas também de uma consciência jurídica ativa e organizada por parte da população e de instituições locais.

Além disso, observa-se uma maior proporção de estados com baixa taxa de judicialização nas regiões Norte e Centro-Oeste, com 57,14% e 50% dos estados inseridos nessa categoria, respectivamente. Essa menor frequência pode ser explicada por fatores estruturais e institucionais que limitam o acesso à justiça nessas localidades. Estudos indicam que essas regiões apresentam uma das menores densidades de advogados por habitante do país, além de menor capilaridade da Defensoria Pública, cuja presença ainda é insuficiente em diversos municípios (CNJ, 2023; AITH *et al.*, 2022).

Essa escassez de profissionais jurídicos e a fragilidade na oferta de serviços gratuitos de assistência legal dificultam o ingresso da população mais vulnerável no sistema de justiça, especialmente em casos que demandam litigância contra o Estado. Como apontam Ribeiro *et al.* (2020) e Ventura *et al.* (2023), a judicialização da saúde tende a ocorrer com maior frequência em contextos em que há maior capacidade institucional instalada, incluindo melhor infraestrutura jurídica, presença do Ministério Público e atuação de organizações da sociedade civil. Dessa forma, ainda que haja demandas reprimidas significativas em saúde pública nas regiões Norte e Centro-Oeste, essas barreiras estruturais contribuem para a sub-representação dessas demandas na via judicial.

Esses dados evidenciam que a judicialização da saúde no Brasil não é apenas uma resposta direta à ausência de serviços ou insumos, mas um fenômeno complexo, que envolve aspectos estruturais, institucionais, culturais e territoriais. Como destacam Ventura *et al.* (2023), o acesso à justiça em saúde depende da interação entre oferta de serviços, grau de escolarização, confiança nas instituições e capacidade de organização social, fatores que se distribuem de maneira desigual entre as regiões do país.

Tabela 1 – Quantidade e percentual de estados de acordo com a taxa média de judicialização das demandas de saúde por covid-19 no Brasil, por Região

REGIÃO	População ¹	Taxa de Judicialização (Covid-19)			Total de Estados
		Baixo (%)	Médio (%)	Alto (%)	
Centro Oeste	18.631.351	2 (50,00)	1 (25,00%)	1 (25,00%)	4
Nordeste	108.754.240	4 (44,44)	4 (44,44)	1 (11,11)	9
Norte	32.133.619	2 (28,57)	3 (42,86)	2 (28,57)	7
Sudeste	35.384.103	1 (25,00)	2 (50,00)	1 (25,00)	4
Sul	18.414.326	-	1 (33,33%)	2 (66,67)	3
Total	213.317.639	9 (33,33)	11 (40,74)	7 (25,93)	27

Fonte: Conselho Nacional de Justiça – CNJ – DataJud.

¹População (2022) estimada pelo IBGE.

Com base na Figura 4 abaixo, é possível observar uma mudança significativa no perfil das demandas judicializadas em saúde relacionadas à COVID-19 entre os anos de 2020 e 2022. Em 2020, no início da pandemia, o fornecimento de medicamentos representou mais da metade (52,36%) das demandas judicializadas, refletindo a urgência no acesso a tratamentos medicamentosos diante da ausência de protocolos terapêuticos consolidados e da corrida por fármacos com potencial off-label, como hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina, amplamente difundidos na sociedade mesmo sem evidência robusta de eficácia (Oliveira *et al.*, 2021; Brasil, 2021).

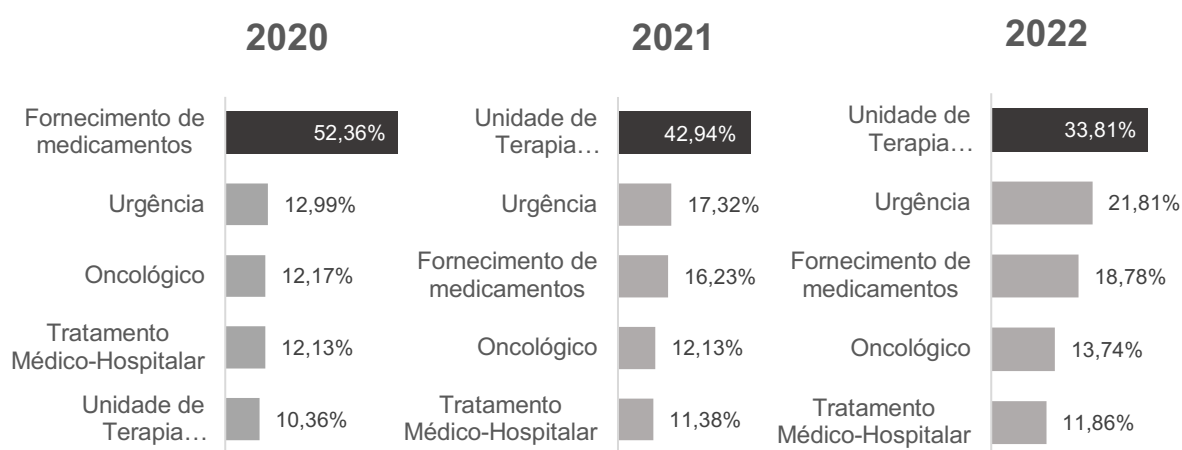
Já em 2021 e 2022, observa-se um deslocamento do foco das ações judiciais para a garantia de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que lideram o ranking com 42,94% e 33,81% das ações, respectivamente. Essa transição reflete a sobrecarga do sistema hospitalar durante os momentos mais críticos da pandemia, marcados pelo colapso da rede hospitalar em diversas regiões do país e pela escassez de infraestrutura de alta complexidade (Fiorati *et al.*, 2022). A disputa por acesso a UTIs, respiradores e suporte ventilatório foi exacerbada pela desigualdade

regional na oferta de serviços hospitalares, evidenciando a vulnerabilidade de pacientes em estados com menor capacidade instalada (Silva *et al.*, 2022).

Outro dado relevante é a crescente judicialização relacionada à urgência, que passa de 12,99% em 2020 para 21,81% em 2022, o que pode estar associado ao agravamento dos quadros clínicos devido à dificuldade de acesso precoce aos serviços de saúde durante o período pandêmico. O aumento da judicialização de casos oncológicos e de tratamento médico-hospitalar também indica que demandas não-COVID foram represadas e judicializadas posteriormente, à medida que o sistema retomava gradualmente os atendimentos eletivos (Santos *et al.*, 2023).

Esse padrão corrobora com os achados de Farias *et al.* (2023), que destacam como a judicialização reflete não apenas o direito individual à saúde, mas também fragilidades estruturais e falhas na alocação equitativa de recursos. Além disso, autores como Gouveia *et al.* (2021) argumentam que o fenômeno é influenciado por fatores territoriais e pelo grau de articulação entre os poderes Executivo e Judiciário em cada unidade federativa, o que pode explicar a heterogeneidade nas causas mais judicializadas ao longo do tempo e entre os estados.

Figura 4 – Análise do Ranking de Casos judicialização das demandas de saúde por covid-19 nos anos de 2020, 2021 e 2022



Fonte: Conselho Nacional de Justiça – CNJ – DataJud.

A tabela 2 apresenta uma análise comparativa dos indicadores sociais — IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), IVS (Índice de Vulnerabilidade Social) e Índice de Gini — por região do Brasil, fornecendo insights sobre as disparidades sociais e econômicas. Para o IDH, observa-se que o Centro-Oeste apresenta o maior IDH

médio (0,78), classificado como "Alto", indicando boas condições de vida e desenvolvimento social. O Nordeste possui o menor IDH médio (0,74), ainda dentro da classificação "Alto", mas próximo do limite inferior, evidenciando desafios no desenvolvimento humano nessa região. As regiões Norte, Sudeste e Sul têm valores médios entre 0,71 e 0,76, com o Sudeste sendo a mais próxima do valor do Centro-Oeste, mas todas elas enfrentam diferentes níveis de desenvolvimento.

Quanto ao IVS, o Centro-Oeste novamente se destaca com o maior índice médio (0,30), porém ainda classificado como "Baixo". O Nordeste apresenta uma média de IVS de (0,28), refletindo uma vulnerabilidade social maior que a do Centro-Oeste. As regiões Norte, Sudeste e Sul apresentam IVS médios que indicam vulnerabilidade social, com valores que variam entre 0,18 e 0,24. Essa situação sugere que a vulnerabilidade social é um problema relevante em várias regiões, especialmente no Norte e no Nordeste.

No Índice de Gini, o Centro-Oeste possui a maior média (0,56), indicando uma desigualdade de renda elevada, mas com baixo desvio padrão (0,01), sugerindo que os dados são homogêneos entre os estados. O Nordeste apresenta uma média de (0,53), evidenciando desigualdade, enquanto o Norte (0,50) e o Sudeste (0,53) mostram uma situação semelhante. O Sul também tem um índice significativo (0,52). A presença de índices de Gini acima de 0,45 em todas as regiões indica que a desigualdade de renda é um desafio social importante a ser enfrentado em todo o Brasil.

A análise conjunta desses indicadores revela que o desenvolvimento humano, a vulnerabilidade social e a desigualdade de renda mantêm uma correlação estrutural significativa, refletindo as persistentes assimetrias regionais brasileiras. A elevada concentração de renda no Centro-Oeste e Sudeste, apesar de melhores índices de desenvolvimento humano, demonstra que o crescimento econômico não tem se traduzido em equidade social. Já o Nordeste e o Norte, ainda que apresentem avanços pontuais, permanecem em desvantagem tanto em termos de desenvolvimento humano quanto de vulnerabilidade, indicando menor capacidade institucional e maior dependência das políticas públicas redistributivas.

Tabela 2 – Análise comparativa de indicadores sociais por Região no Brasil (2020 a 2022)

INDICADOR	REGIÃO	MÍNIMO	MÉDIA	DP	MÁXIMO
IDH	Centro Oeste	0,76	0,78	0,04	0,83
	Nordeste	0,69	0,74	0,05	0,82
	Norte	0,71	0,73	0,03	0,78
	Sudeste	0,71	0,76	0,04	0,79
	Sul	0,7	0,75	0,05	0,81
IVS	Centro Oeste	0,27	0,3	0,02	0,32
	Nordeste	0,18	0,28	0,05	0,34
	Norte	0,13	0,22	0,07	0,36
	Sudeste	0,21	0,28	0,06	0,35
	Sul	0,18	0,24	0,05	0,29
ÍNDICE DE GINI	Centro Oeste	0,55	0,56	0,01	0,57
	Nordeste	0,46	0,53	0,04	0,57
	Norte	0,43	0,5	0,05	0,56
	Sudeste	0,49	0,53	0,04	0,58
	Sul	0,47	0,52	0,05	0,56

Fonte: Datasus - Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

IDH: Muito alto: IDH entre 0.800 e 1.000; Alto: IDH entre 0.700 e 0.799; Médio: 0.550 e 0.699; Abaixo: abaixo de 0.550.

IVS: Baixo: entre 0,201 e 0,300; Média IVS: entre 0,301 e 0,400; Alta IVS: entre 0,401 e 0,500.

Índice de GINI: O Índice de Gini mede a desigualdade de renda, variando de 0 (igualdade total) a 1 (desigualdade máxima).

A Tabela 3 evidencia disparidades econômicas entre as regiões brasileiras. O Sul apresenta a maior renda média (R\$ 39.810) com baixa variação, indicando homogeneidade, enquanto o Norte, apesar de ter renda média próxima, mostra grande desigualdade interna. O Centro-Oeste registra a menor renda média (R\$ 20.056), porém mais uniforme. Nordeste e Sudeste possuem valores intermediários, mas com altos desvios padrão, refletindo variações significativas e bolsões de riqueza em meio a áreas menos favorecidas.

A escolaridade média nas regiões brasileiras apresenta desigualdades significativas, refletindo as diferenças socioeconômicas e históricas do país. O Sul destaca-se com a maior média de anos de estudo (10,30) e menor variação, indicando um acesso mais uniforme à educação. Em contraste, o Nordeste registra a menor média (7,90) e alta dispersão, evidenciando desafios no acesso e na qualidade do ensino. O Norte também apresenta uma escolaridade média relativamente baixa (8,50). O Sudeste mantém média elevada (9,80), mas com variações regionais significativas, enquanto o Centro-Oeste, apesar da média menor (9,00), apresenta uma distribuição mais homogênea.

Tabela 3 – Análise comparativa de renda e escolaridade por Região no Brasil (2020 a 2022)

INDICADOR	REGIÃO	MÍNIMO	MÉDIA	DP	MÁXIMO
PIB Per Capita	Centro Oeste	16.716	20.056	3.86	26.291
	Nordeste	17.960	27.132	12.02	50.857
	Norte	18.246	39.580	22.20	87.411
	Sudeste	14.638	27.310	11.71	43.838
	Sul	34.156	39.810	4.02	42.001
Escarlaridade	Centro Oeste	8,70	9,00	0,40	9,40
	Nordeste	6,50	7,90	0,90	9,20
	Norte	7,80	8,50	1,10	10,10
	Sudeste	9,20	9,80	0,60	10,40
	Sul	9,80	10,30	0,30	10,70

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

A Tabela 4 apresenta uma análise detalhada dos indicadores de saúde por região no Brasil entre 2020 e 2022, revelando desigualdades significativas na resposta à pandemia de COVID-19. Em relação à taxa de incidência, o Sul com 8.633,92 casos por 100 mil habitantes e o Centro-Oeste com 8.448,33 registraram os maiores índices, com o Sul se destacando pela baixa variação entre os estados DP = 401,84). Já o Norte, embora com média intermediária 6.852,25, apresentou o maior desvio padrão 2.267,38, refletindo forte desigualdade interna. O Nordeste teve a menor média de casos, 4.386,71, o que pode indicar menor propagação ou subnotificação da doença.

No que diz respeito à taxa de mortalidade por COVID-19, o Centro-Oeste apresentou o maior valor médio 134,18, seguido por Sudeste 125,42 e Sul 119,89, apontando para maiores impactos na letalidade da doença nessas regiões. O Norte teve média de 99,86, mas com alta dispersão (DP = 24,82), o que sugere desigual acesso aos cuidados intensivos. O Nordeste, com a menor média de mortalidade 80,03, também registrou significativa variação (DP = 14,64), refletindo desigualdade na infraestrutura de saúde entre os estados.

A taxa de leitos do SUS por mil habitantes mostra o Centro-Oeste na liderança 1,77, seguido por Norte 1,64, Sudeste 1,63 e Sul 1,50, todos dentro ou próximos da faixa recomendada: 1,5 a 2,5 leitos por mil. O Nordeste, com média de 1,41, apresentou o menor índice de disponibilidade, o que pode ter limitado sua capacidade de atendimento hospitalar durante os momentos mais críticos da pandemia.

Em relação à taxa de internação, o Sul 3,14 por mil hab. e o Norte 3,13 registraram os maiores valores, indicando maior uso da rede hospitalar, seja por maior gravidade dos casos ou por maior acesso aos serviços. O Centro-Oeste e o Sudeste apresentaram taxas intermediárias, 2,81 e 2,72, respectivamente, enquanto o

Nordeste teve a menor média 2,57, o que pode refletir tanto menor incidência quanto restrições de acesso aos cuidados hospitalares.

Quanto ao número de respiradores disponíveis no SUS, o Nordeste surpreendeu com a maior média 386, embora com o maior desvio padrão 437,65, revelando concentração dos equipamentos em poucos estados. O Sudeste vem a seguir 290, seguido por Sul 201, Centro-Oeste 157 e Norte 154, que apresentou a menor média e grande variação interna. Esses dados indicam fragilidades na capacidade de resposta em regiões mais vulneráveis.

A análise dos indicadores de infraestrutura hospitalar evidencia que a distribuição desigual de recursos impactou diretamente a capacidade regional de enfrentamento da pandemia. A menor oferta de leitos no Nordeste e a baixa disponibilidade de respiradores no Norte revelam não apenas limitações estruturais, mas também um reflexo histórico de subfinanciamento e concentração de investimentos em regiões mais desenvolvidas. Essa assimetria comprometeu a eficiência das respostas emergenciais, ampliando a dependência da regulação de leitos e do transporte intermunicipal de pacientes, sobretudo nos períodos de pico da COVID-19.

Além disso, a variação observada entre as taxas de internação e os recursos disponíveis sugere que o acesso à hospitalização esteve condicionado por fatores socioeconômicos e demográficos, mais do que pela simples incidência da doença. Regiões com maior densidade populacional e urbanização, como Sudeste e Sul, apresentaram maior demanda hospitalar, enquanto áreas com menor estrutura de saúde pública enfrentaram subnotificação e barreiras de acesso. Tal cenário reforça o papel determinante das desigualdades territoriais na efetividade do direito à saúde e na intensificação dos litígios judiciais durante o período pandêmico.

Tabela 4 – Análise comparativa de indicadores de saúde por Região no Brasil (2020 a 2022)

INDICADOR	REGIÃO	MÍNIMO	MÉDIA	DP	MÁXIMO
TAXA DE INCIDÊNCIA POR COVID-19 (100 MIL HAB.)	Centro Oeste	7.102,23	8.448,33	1.121,55	9.813,25
	Nordeste	2.299,23	4.386,71	1.148,76	5.801,82
	Norte	3.335,03	6.852,25	2.267,38	9.972,25
	Sudeste	4.581,31	6.769,59	1.835,36	10.866,52
	Sul	8.334,25	8.633,92	401,84	9.090,54
TAXA DE MORTALIDADE (100 MIL HAB.)	Centro Oeste	130,56	134,18	6,25	143,52
	Nordeste	51,96	80,03	14,64	101,44
	Norte	73,39	99,86	24,82	138,62
	Sudeste	101,33	125,42	19,01	147,57
	Sul	104,98	119,89	14,19	133,23
TAXA LEITOS SUS (1 MIL HAB.)	Centro Oeste	1,48	1,77	0,23	2,04
	Nordeste	1,03	1,41	0,22	1,67
	Norte	1,23	1,64	0,27	2,01
	Sudeste	1,24	1,63	0,27	1,86
	Sul	1,33	1,5	0,23	1,77
TAXA DE INTERNAÇÃO (1 MIL HAB.)	Centro Oeste	1,95	2,81	0,65	3,44
	Nordeste	1,79	2,57	0,6	3,61
	Norte	1,75	3,13	0,68	3,95
	Sudeste	2,2	2,72	0,54	3,4
	Sul	2,95	3,14	0,18	3,32
Nº RESPIRADORES SUS	Centro Oeste	58	157	111,16	305
	Nordeste	15	386	437,65	1.342
	Norte	13	154	156,86	458
	Sudeste	138	290	167,89	508
	Sul	88	201	163,54	389

Fonte: Datasus - Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Taxa Leitos SUS: Entre 1,5 a 2,5 leitos por 1.000 habitantes.

Taxa de Internação: Baixa taxa de internação: abaixo de 0.10 por 100.000hab. Média taxa de internação: entre 0.10 a 0.30 internações. Alta taxa de internação: acima de 30 internações por 100.000hab.

Total de respiradores disponíveis em cada unidade de saúde, incluindo hospitais e unidades de terapia intensiva (UTIs).

4.2 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON (ρ)

A Tabela 5 apresenta os resultados do Teste de Correlação de Pearson entre a Taxa de Judicialização da Saúde (Covid-19) e os seguintes indicadores socioeconômicos: IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), IVS (Índice de Vulnerabilidade Social), Índice de Gini (IG) e Escolaridade.

Há uma correlação positiva e significativa entre a Taxa de Judicialização da Saúde (Covid-19) e o IDH com um coeficiente de correlação de 0,546 ($p = 0,003$). Esse resultado indica que, quanto maior o IDH de um local, maior tende a ser a judicialização da saúde, o que pode refletir maior acesso à informação e ao sistema judicial nas regiões mais desenvolvidas.

Não houve uma correlação significativa entre a Taxa de Judicialização e o IVS ($R = -0,268$, $p = 0,177$). Embora haja uma correlação negativa, indicando que regiões com maior vulnerabilidade social podem ter menos judicialização, o resultado não é estatisticamente relevante.

A correlação entre a Taxa de Judicialização e o Índice de Gini é praticamente inexistente ($R = -0,019$, $p = 0,924$), sugerindo que a desigualdade de renda (IG) não está relacionada diretamente com a judicialização da saúde em relação à Covid-19. A correlação mais forte observada é entre Escolaridade e Taxa de Judicialização da Saúde, com um coeficiente de $0,874$ ($p = 0,001$). Isso demonstra que o nível de escolaridade está altamente relacionado com a judicialização da saúde, ou seja, quanto maior a escolaridade da população, maior tende a ser o uso do sistema judicial para questões de saúde. A Escolaridade também apresenta forte correlação positiva com o IDH ($R = 0,765$, $p = 0,001$), sugerindo que as regiões com maior desenvolvimento humano tendem a ter uma população mais educada.

Os resultados revelam ainda um padrão consistente entre os indicadores de desenvolvimento socioeconômico e a judicialização da saúde durante a pandemia da COVID-19. A forte correlação positiva entre a Taxa de Judicialização, o IDH e a Escolaridade sugere que o fenômeno está mais concentrado em regiões com maior capital humano e acesso institucional, reforçando a ideia de que o exercício do direito à saúde via sistema judicial requer não apenas necessidade, mas também capacidade de mobilização e conhecimento jurídico. O achado indica que, embora a pandemia tenha afetado todo o território nacional, a resposta judicial esteve condicionada por fatores estruturais ligados ao nível de desenvolvimento humano e à escolarização, o que reflete uma desigualdade de acesso à justiça em termos territoriais e sociais.

Outro ponto relevante é a correlação positiva e significativa entre o PIB e a Taxa de Judicialização ($R = 0,732$, $p = 0,002$), o que reforça o vínculo entre a capacidade econômica e o volume de ações judiciais. Estados com maior Produto Interno Bruto não apenas concentram maior infraestrutura jurídica e hospitalar, mas também apresentam populações mais informadas e institucionalmente empoderadas para reivindicar seus direitos. Por outro lado, a ausência de correlação significativa com o IVS e o Índice de Gini evidencia que a judicialização não é necessariamente maior onde há mais vulnerabilidade ou desigualdade, mas sim onde existem condições sociais e econômicas que favorecem a ativação judicial. Esses resultados confirmam que o fenômeno da judicialização da saúde é, em grande parte, seletivo e desigual,

reproduzindo no campo jurídico as mesmas assimetrias estruturais presentes na sociedade brasileira.

Tabela 5 – Resultado do Teste de Correlação de Pearson entre Taxa de Judicialização da Saúde (Covid-19), IDH, IVS, Índice de Gini (IG) e Escolaridade

Variáveis		Taxa Média judic. saúde (covid-19)	Média IDH	Média IVS	Média IG	Escolaridade	PIB
Taxa Média judic. saúde (covid-19)	R de Pearson	---					
	p-value	---					
Média IDH	R de Pearson	0,546*	---				
	p-value	0,003	---				
Média IVS	R de Pearson	-0,268	-0,094	---			
	p-value	0,177	0,643	---			
Média IG	R de Pearson	-0,019	0,198	0,777*	---		
	p-value	0,924	0,323	0,001	---		
Escolaridade	R de Pearson	0,874*	0,765*	-0,684	-0,777	---	
	p-value	0,001	0,001	0,811	0,141	---	
PIB	R de Pearson	0,732*	0,790*	-0,502	-0,624	0,803*	
	p-value	0,002	0,001	0,063	0,052	0,001	

Nota: *p < 0.05

Fonte: Aatoria própria.

A Taxa de Judicialização da Saúde não apresentou correlações significativas com nenhum dos outros indicadores. O coeficiente de correlação de Pearson (R) para todas as variáveis analisadas foi muito baixo, variando de -0.060 a 0.326, e nenhum p-valor atingiu significância estatística ($p > 0,05$).

As variáveis mais correlacionadas foram a Taxa de Incidência e a Taxa de Mortalidade, indicando que uma maior incidência está associada a maior mortalidade. A Taxa de Internações também teve correlações significativas com vários indicadores, mostrando uma relação direta entre a pressão hospitalar e os resultados de saúde. Por outro lado, a Taxa de Judicialização da Saúde e o número de Respiradores não apresentaram correlações significativas com os outros fatores.

A ausência de correlações estatisticamente significativas entre a Taxa de Judicialização da Saúde e os indicadores de morbimortalidade ou de capacidade hospitalar sugere que o comportamento judicial não está diretamente relacionado à gravidade epidemiológica ou à disponibilidade de recursos médicos durante a pandemia. Esse resultado indica que o acionamento do sistema judicial para questões de saúde não depende exclusivamente da magnitude dos casos ou da infraestrutura

de atendimento, mas de fatores estruturais, institucionais e socioculturais que modulam a propensão à judicialização. Assim, a judicialização parece refletir mais um fenômeno de acesso desigual à justiça e de organização institucional do que uma resposta imediata à sobrecarga do sistema de saúde provocada pela COVID-19.

Além disso, a forte correlação entre a Taxa de Incidência e a Taxa de Mortalidade ($R = 0,670$, $p < 0,001$), bem como entre as variáveis associadas à utilização hospitalar, como internações e leitos, reforça a coerência epidemiológica dos dados, evidenciando que maior circulação do vírus implicou maior pressão sobre o sistema de saúde e consequente aumento de óbitos.

Tabela 6 – Resultado do Teste de Correlação de Pearson entre Taxa de Judicialização da Saúde (Covid-19) e indicadores de morbimortalidade, leitos SUS, taxa de internação e nº de respiradores

Variáveis		Taxa judic. saúde	Taxa de Mortal.	Taxa de Incid.	Taxa leitos	Taxa de Inter.	Respirador
Taxa judic. Saúde	R de Pearson	---					
	p-value	---					
Taxa de Mortal.	R de Pearson	0,020	---				
	p-value	0,920	---				
Taxa de Incid.	R de Pearson	0,172	0,670	---			
	p-value	0,391	<0,001	---			
Taxa leitos	R de Pearson	0,274	-0,003	0,713	---		
	p-value	0,167	0,988	0,032*	---		
Taxa de Inter.	R de Pearson	0,326	0,386	0,728	0,745	---	
	p-value	0,096	0,047	0,001*	0,001	---	
Respirador	R de Pearson	-0,060	-0,036	-0,170	-0,191	-0,100	---
	p-value	0,766	0,860	0,396	0,339	0,619	---

Nota: * $p < 0.05$

Fonte: Autoria própria.

4.3 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS ESPACIAIS (AEDE)

4.3.1 Análise Especial da Judicialização da Saúde das demandas por Covid-19 e sua relação com indicadores socioeconômicos

4.3.1.1 Relação entre o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A Figura 5 apresenta a evolução do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) no Brasil entre 2020 e 2022 e permite identificar uma relação inversa entre o nível de vulnerabilidade e a intensidade da judicialização da saúde. De acordo com os mapas, observa-se que os estados com menores níveis de vulnerabilidade social ($IVS < 0,300$), como Rondônia (RO), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Rio Grande do Sul (RS) e Tocantins (TO), estão entre os que registraram as mais altas classificações de judicialização da saúde nos três anos analisados.

Essa tendência indica que a judicialização tende a ser maior em estados com menor vulnerabilidade social relativa, ou seja, onde a população, apesar de enfrentar dificuldades no acesso à saúde, possui maior escolaridade, renda e acesso à informação e aos meios legais, o que facilita a mobilização de recursos judiciais para reivindicar o direito à saúde.

Esse padrão é discutido por Vieira e Dallari (2021), que afirmam que o acesso à justiça no Brasil é diretamente influenciado pelas desigualdades sociais e regionais. Segundo os autores, populações com menor vulnerabilidade conseguem mobilizar o sistema judicial com mais eficácia, independentemente da gravidade da situação sanitária. Além disso, Rodrigues *et al.* (2022) destacam que a judicialização é favorecida por estruturas de apoio institucional, como defensoria pública eficiente e maior presença de profissionais da saúde e do direito familiarizados com as rotinas de ação judicial.

De forma semelhante, Ferreira e Lopes (2023) analisam que a judicialização tem sido mais frequente em regiões com maior capital social e institucional, o que inclui maior urbanização, acesso à internet, escolaridade e presença de organizações civis. Assim, o uso do Judiciário como estratégia para garantir acesso à saúde se mostra como um fenômeno que reflete não apenas a carência de serviços públicos, mas principalmente o nível de conhecimento de condição social da população que judicializada.

Pode-se dizer que a judicialização da saúde no Brasil está mais fortemente associada a territórios com menor vulnerabilidade social, ao contrário do que poderia se esperar em uma perspectiva puramente assistencialista. Essa constatação aponta para a necessidade de se ampliar o acesso à justiça e os meios de reivindicação de direitos em regiões mais vulneráveis, onde a população, apesar de enfrentar maiores riscos sanitários, permanece invisível ou silenciada no âmbito judicial.

4.3.1.2 Relação entre o Índice de Gini e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A Figura 5 ilustra a distribuição do Índice de Gini nos estados brasileiros entre 2020 e 2022, refletindo o grau de desigualdade de renda (quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade). A análise comparativa entre esse indicador e a classificação da judicialização da saúde revela um padrão relevante: estados com menor

desigualdade de renda ($Gini < 0,490$), como Amazonas (AM), Roraima (RR), Amapá (AP) e Alagoas (AL), concentram-se predominantemente na classificação de baixa judicialização da saúde. Este cenário indica que a baixa desigualdade econômica pode estar associada a menores demandas judiciais na área da saúde, possivelmente em função de maior homogeneidade no acesso aos serviços públicos ou menor mobilização social e jurídica frente às insuficiências do sistema.

Por outro lado, estados como Rondônia (RO), Mato Grosso do Sul (MS), Rio de Janeiro (RJ) e Rio Grande do Sul (RS), que apresentam valores do Índice de Gini superiores a 0,490, caracterizando maior desigualdade de renda, destacam-se por apresentarem altas taxas de judicialização. Esse padrão sugere que a presença de desigualdade moderada pode, paradoxalmente, criar condições mais favoráveis para o acionamento do Judiciário. Em tais contextos, parcelas da população com maior escolarização, renda e acesso à informação, mesmo em um ambiente desigual, podem ser mais propensas a buscar a judicialização como estratégia para garantir seus direitos à saúde. Essa dinâmica é coerente com o que apontam Oliveira e Lima (2023), ao argumentarem que a judicialização frequentemente emerge em contextos em que há capacidade institucional instalada e grupos sociais organizados e conscientes de seus direitos.

Além disso, autores como Cecílio *et al.* (2021) e Castro e Barbosa (2020) destacam que o acesso ao Judiciário no Brasil está fortemente relacionado a fatores estruturais, como capital social, infraestrutura jurídica e redes de apoio institucional, os quais são mais acessíveis em contextos com menor vulnerabilidade e melhor capacidade organizativa da sociedade civil. Assim, o fenômeno da judicialização não pode ser interpretado exclusivamente como reflexo de carências assistenciais, mas também como um indicador indireto de desigualdade relacional e poder de mobilização jurídica.

4.3.1.3 Relação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A Figura 5 apresenta a evolução espacial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos estados brasileiros no período de 2020 a 2022, categorizando os territórios em níveis que vão de muito baixo ($IDH < 0,499$) a muito alto ($IDH > 0,800$). Quando se estabelece uma comparação entre esse indicador e a classificação da

judicialização da saúde, observa-se uma relação entre níveis mais elevados de desenvolvimento humano (especialmente IDH > 0,700) e maior intensidade de judicialização.

Estados como Rondônia (RO), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Tocantins (TO) e Rio Grande do Sul (RS), que mantiveram índices elevados de IDH ao longo dos três anos analisados, são os mesmos que figuram com altas taxas de judicialização da saúde. Este padrão empírico sugere que, embora a judicialização da saúde seja um direito universal previsto na Constituição Federal de 1988, o seu exercício efetivo tende a ser condicionado por estruturas socioeconômicas e institucionais que favorecem o acesso ao Judiciário.

De acordo com Melo e Machado (2021), o acesso à justiça, especialmente em demandas de saúde, exige mais do que a simples existência formal de direitos: demanda conhecimento jurídico, capacidade de mobilização individual ou coletiva, acesso a serviços jurídicos e confiança nas instituições. Esses elementos estão, de modo geral, mais presentes em contextos com maior desenvolvimento humano, onde a população dispõe de melhores condições de renda, escolaridade e acesso à informação. Assim, a judicialização pode ser compreendida como um reflexo indireto da capacidade institucional instalada e das condições sociopolíticas que favorecem a cidadania ativa e a participação nos processos legais.

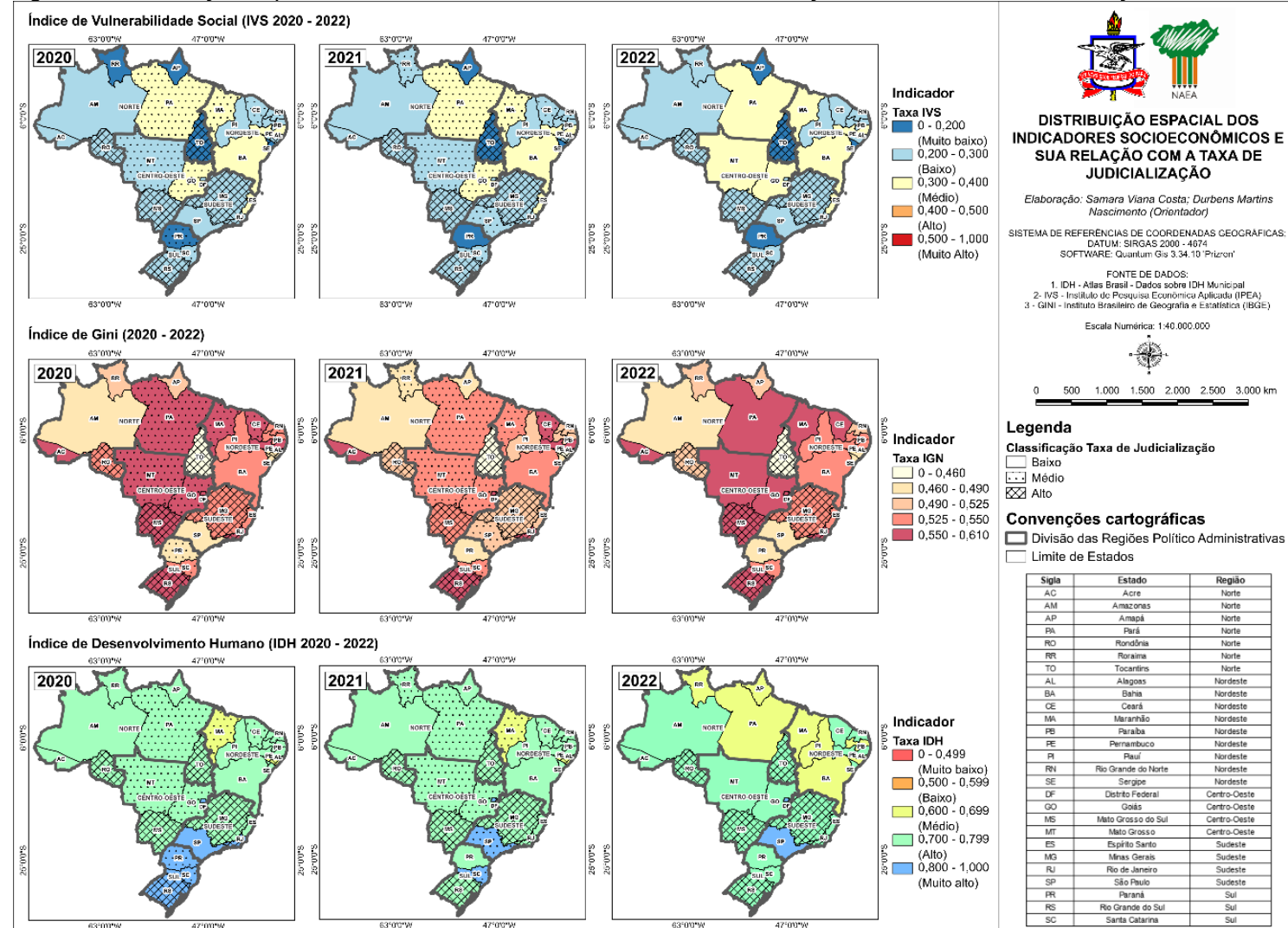
Além disso, estudos como os de Biehl *et al.* (2021) e Santos *et al.* (2022) apontam que o fenômeno da judicialização não é neutro em termos distributivos. Pelo contrário, tende a refletir e até reforçar desigualdades preexistentes. Em regiões com baixo IDH, como Maranhão (MA), Alagoas (AL), Pará (PA) e Piauí (PI), observa-se um padrão inverso: a despeito da maior vulnerabilidade social e das demandas reprimidas em saúde, as taxas de judicialização permanecem baixas. Tal evidência indica uma barreira estrutural ao exercício pleno do direito à saúde por via judicial nesses territórios, causada por fatores como baixa ou até ausência de defensores públicos, menor capilaridade das instituições do sistema de justiça e baixo letramento jurídico da população (Andrade *et al.*, 2023).

O IDH, enquanto indicador sintético de bem-estar social, não apenas mede a qualidade de vida, mas também se associa à capacidade concreta de reivindicação de direitos. Em outras palavras, o grau de desenvolvimento humano de um território contribui para configurar um ambiente mais ou menos propício ao acionamento do sistema judicial como estratégia de enfrentamento às falhas na garantia do direito à

saúde. Tal constatação problematiza o ideal normativo de equidade no acesso à justiça e revela a necessidade de políticas públicas estruturantes que fortaleçam os meios de acesso jurídico nas regiões de menor desenvolvimento, como defensorias públicas, educação em direitos e formas coletivas de litígio. A análise integrada dos indicadores socioeconômicos, de infraestrutura em saúde e da judicialização da saúde durante a pandemia da COVID-19 evidencia a complexidade e a heterogeneidade do fenômeno no território brasileiro.

Os resultados mostram que as regiões com maior desenvolvimento humano, escolaridade e produto interno bruto apresentaram níveis substancialmente mais elevados de judicialização, revelando que o acionamento do Judiciário está fortemente associado à capacidade de mobilização social, institucional e econômica das populações mais favorecidas. Esse padrão sugere que o acesso ao sistema de justiça, mesmo em emergências sanitária, permanece condicionado por fatores estruturais de renda, instrução e infraestrutura jurídica. Em contrapartida, os territórios marcados por maiores vulnerabilidades sociais, ainda que tenham sido mais severamente atingidos pelos impactos da pandemia, seja pela limitação de recursos hospitalares, seja pela precariedade das políticas públicas locais, registraram menor volume de ações judiciais. Tal cenário evidencia não apenas a desigualdade no exercício do direito à saúde, mas também a reprodução de um ciclo histórico de exclusão, em que a efetivação dos direitos fundamentais se mantém restrita aos grupos com maior capital social e político.

Figura 5 – Distribuição Espacial dos Indicadores Socioeconômicos e sua Relação com a Taxa de Judicialização



Fonte: Elaboração própria.

4.3.1.4 Relação entre Renda Per Capita e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A Figura 6 apresenta a evolução do Produto Interno Bruto (PIB) per capita dos estados brasileiros entre 2020 e 2022, evidenciando desigualdades econômicas persistentes entre as regiões do país. Ao associar esse indicador à classificação da judicialização da saúde, identifica-se um padrão relevante: os estados que apresentam PIB per capita entre R\$ 48.000 e R\$ 60.000, como Rondônia (RO), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Tocantins (TO) e Rio Grande do Sul (RS), são, majoritariamente, aqueles com alta incidência de judicialização da saúde.

Esse achado reforça a hipótese de que o acesso à justiça para reivindicação de direitos sociais fundamentais, como o direito à saúde, está intrinsecamente relacionado à capacidade econômica das populações locais. Regiões com maior PIB per capita tendem a concentrar melhores estruturas institucionais, maior presença de defensores públicos, maior densidade de advogados, além de uma população com maior escolaridade e letramento jurídico. Isso facilita o acionamento do sistema judicial e a formalização de demandas de saúde por meio de ações judiciais (Duarte; Noronha, 2022).

É importante destacar que, embora o direito à saúde seja universal, o uso efetivo do Judiciário para garanti-lo permanece desigual. Como argumenta Biehl *et al.* (2012), a judicialização pode refletir mais a capacidade de reivindicar direitos do que propriamente a ausência desses direitos. Em outras palavras, regiões mais pobres, com PIB per capita inferior a R\$ 30.000, como Maranhão (MA), Alagoas (AL) e Pará (PA), ainda que enfrentem maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde, apresentam baixa judicialização. Isso indica que não é a carência que leva diretamente à judicialização, mas sim a combinação de demanda reprimida com condições favoráveis para recorrer ao Judiciário.

A literatura crítica também aponta que, em contextos de maior renda per capita, os processos de judicialização tendem a ser mais bem organizados e documentados, frequentemente com apoio técnico e jurídico especializado (Castro *et al.*, 2021). Além disso, a atuação mais efetiva dos Ministérios Públicos estaduais e das Defensorias Públicas nessas regiões pode impulsionar ações coletivas e individuais, criando um ciclo virtuoso de acesso ao direito à saúde.

A análise do PIB per capita reforça que o exercício do direito à saúde por via judicial está condicionado a fatores econômicos estruturais. A presença de renda mais elevada em determinados estados atua como facilitador do acesso ao sistema de justiça, evidenciando mais uma vez as contradições entre a universalidade normativa do direito e a seletividade prática de seu exercício. Essa constatação reafirma a importância de políticas de fortalecimento do acesso à justiça nas regiões de menor renda, como forma de mitigar as assimetrias no reconhecimento e efetivação dos direitos sociais.

4.3.1.5 Relação entre Escolaridade (anos de estudo) e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A análise da Média de Anos de Estudo (MAE) nas Unidades da Federação brasileiras, no período de 2020 a 2022, indica uma relação consistente entre maiores níveis de escolaridade e as maiores taxas de judicialização da saúde. Observa-se que estados como Rondônia (RO), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG), Tocantins (TO) e Rio Grande do Sul (RS), todos com MAE entre 9,5 e 11,5 anos, são os que mais se destacam em termos de volume de demandas judiciais relacionadas à saúde.

Essa tendência sugere que a escolaridade desempenha papel relevante na capacidade de a população compreender, acessar e acionar o sistema de justiça para a garantia de seus direitos, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Indivíduos com maior escolaridade tendem a estar mais bem informados sobre seus direitos e os instrumentos legais disponíveis, além de possuírem maior facilidade para navegar em estruturas institucionais complexas como o Judiciário (Paula *et al.*, 2022).

Além disso, estudos indicam que a judicialização da saúde é, muitas vezes, impulsionada por maior consciência cidadã e articulação social, aspectos fortemente correlacionados ao nível educacional da população (Chaves *et al.*, 2021). Em estados onde a MAE é inferior a 9,0 anos, como ocorre em partes da região Norte e Nordeste, observam-se taxas de judicialização significativamente menores, o que pode refletir barreiras informacionais, burocráticas ou de acesso à assessoria jurídica adequada. Essa limitação educacional restringe a capacidade das populações mais vulneráveis de compreender seus direitos e navegar pelos mecanismos legais disponíveis,

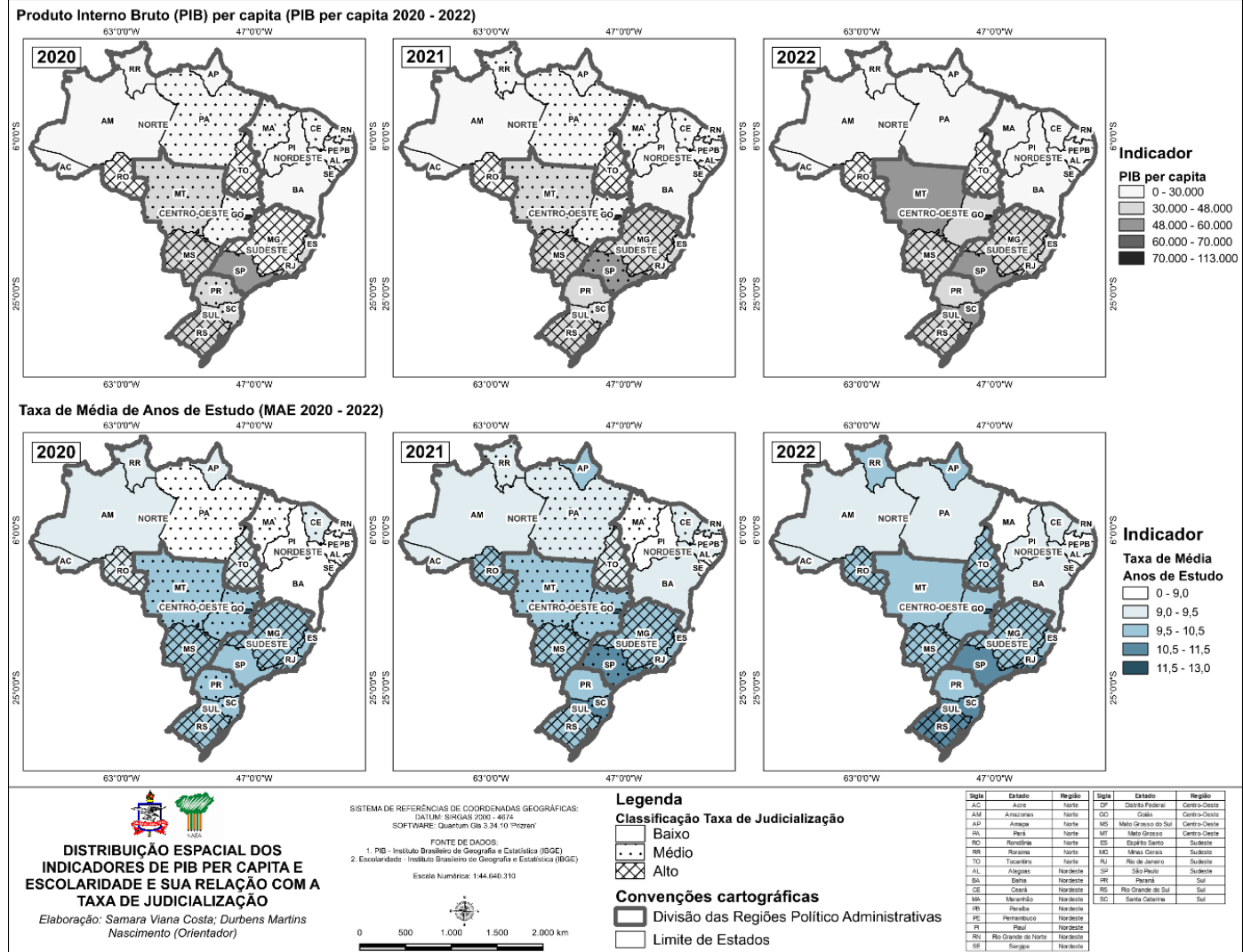
perpetuando um ciclo de invisibilidade jurídica. Assim, a escolaridade emerge não apenas como indicador de capital humano, mas também como fator decisivo para o exercício efetivo da cidadania e do direito à saúde por via judicial.

Vale ressaltar também que a pandemia de COVID-19 acentuou significativamente as desigualdades educacionais no Brasil, gerando impactos que ainda são perceptíveis no cenário atual. De acordo com Costa *et al.* (2023), a suspensão prolongada das aulas presenciais, aliada à limitada infraestrutura tecnológica em domicílios de baixa renda, comprometeu o processo de ensino-aprendizagem, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Os autores analisam dados do INEP e mostram que alunos pertencentes às famílias do primeiro e segundo quintis de renda apresentaram taxas de abandono escolar até quatro vezes maiores do que os estudantes de classes mais altas durante o período pandêmico.

Além disso, um levantamento conduzido pela Unicef (2022) identificou que cerca de 5 milhões de crianças e adolescentes ficaram sem acesso regular a atividades escolares remotas em 2020, sendo a maioria oriunda de contextos de vulnerabilidade social. Essa realidade comprometeu não apenas os indicadores de escolaridade formal, como também reduziu o capital informacional dessas populações, o que pode ter limitado sua capacidade de mobilização cidadã e reivindicação legal de direitos fundamentais, como o acesso à saúde. Em consequência, as regiões mais afetadas pelo déficit educacional apresentam também menores índices de judicialização da saúde, o que evidencia a interdependência entre escolarização, cidadania e acesso à justiça.

De forma integrada entre renda per capita e escolaridade, confirma-se que a judicialização da saúde no Brasil reflete um processo social seletivo, profundamente condicionado pelas desigualdades estruturais e regionais. Tanto o poder econômico quanto o nível educacional funcionam como fatores determinantes na capacidade de mobilização e de acesso ao sistema de justiça. Estados mais ricos e com maior escolaridade tendem a apresentar não apenas melhor infraestrutura jurídica e hospitalar, mas também uma população mais consciente e habilitada para reivindicar judicialmente seus direitos. Assim, a judicialização emerge menos como um reflexo da carência sanitária e mais como um indicador da desigual distribuição de poder social, informacional e institucional no território nacional.

Figura 6 – Distribuição Espacial dos indicadores de renda e escolaridade e sua Relação com a Taxa de Judicialização



Fonte: Elaboração própria.

4.3.2 Análise Espacial da Judicialização da Saúde das demandas por Covid-19 e sua relação com indicadores de saúde

4.3.2.1 Relação entre a Taxa de Leitos Hospitalares e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A análise da taxa de leitos hospitalares entre os anos de 2020 e 2022 revela uma oscilação significativa entre as Unidades da Federação (UFs), com impacto direto sobre a judicialização da saúde. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 3.712/2020, recomenda uma taxa mínima ideal de 2 a 2,5 leitos por mil habitantes para garantir uma cobertura assistencial adequada. Contudo, os dados observados nos últimos anos mostram que a maioria dos estados brasileiros apresenta taxas abaixo desse parâmetro. Por exemplo, em 2022, apenas o estado de Roraima chegou próximo da meta, com 1,91 leitos por mil habitantes (Figura 7).

Estados como São Paulo, que em 2020 ainda figurava entre os de classificação "Alta" quanto à judicialização e mantinha taxa de 1,21 leitos/mil hab., viram uma piora em 2022, com queda para 1,17 leitos/mil hab. e reclassificação para judicialização "Baixa". Esse paradoxo revela que a maior quantidade de leitos nem sempre está associada à menor demanda judicial. Da mesma forma, estados com melhores taxas, como Piauí (2,08 leitos/mil hab. em 2021 e 1,92 em 2022), não necessariamente apresentaram baixos índices de judicialização, sugerindo que o problema vai além da infraestrutura hospitalar.

Essa complexidade é discutida por Sebastiani e Oliveira (2024), que analisam o crescimento contínuo da judicialização da saúde no Brasil e indicam que fatores como gestão pública ineficiente, ausência de regulação efetiva e desigualdade no acesso influenciam mais que a simples presença de leitos. Ainda, Vieira (2023) ressalta que o uso do Judiciário como forma de acesso à saúde pode comprometer a equidade do sistema, pois judicializações muitas vezes garantem atendimento individualizado em detrimento das políticas públicas coletivas.

Outro ponto importante a ser considerado é que os Estados com maior judicialização da saúde não se concentram apenas em regiões com menor disponibilidade de leitos ou maior vulnerabilidade social. Por exemplo, Roraima e Tocantins, ambos no Norte, convivem com alta judicialização, o que pode, em parte, ser associado à dificuldade de acesso a serviços especializados. No entanto, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, que historicamente apresentam

melhores indicadores de infraestrutura hospitalar, também estão entre os estados com maior judicialização. Esse cenário sugere que a judicialização não é explicada apenas pela escassez de recursos, mas também por falhas na gestão, regulação e atendimento oportuno no SUS, como indicam Silva e Costa (2022). A judicialização, portanto, reflete desigualdades complexas no acesso à saúde, que envolvem desde carência de serviços até a percepção de ineficiência no cumprimento das obrigações do Estado.

4.3.2.2 Relação entre a Taxa de Internação e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

Nos últimos anos, a taxa de internação hospitalar nos estados brasileiros apresentou variações importantes, influenciadas por diversos fatores, especialmente pela pandemia de COVID-19. Em 2020, estados como Roraima, Mato Grosso e São Paulo exibiam taxas de internação consideradas altas, refletindo a maior demanda por hospitalização naquele momento inicial da pandemia. Em 2021, essas taxas aumentaram ainda mais em várias unidades federativas, com estados como Roraima chegando a 0,66, o que indica um impacto significativo da crise sanitária sobre a capacidade de internação (Figura 7).

Já em 2022, observou-se uma redução expressiva nessas taxas, com classificações de “alto” deslocadas para outros estados, como Rio Grande do Sul e Mato Grosso, enquanto várias unidades federativas que antes apresentavam alta taxa de internação passaram a ser classificadas como de baixa taxa. Essa mudança pode estar relacionada à melhora no controle da pandemia, maior cobertura vacinal e ao fortalecimento dos serviços de saúde.

A judicialização da saúde acompanha essas variações na taxa de internação, especialmente nos estados que registram altos índices de demandas judiciais. Roraima, Mato grosso e Rio Grande do Sul, por exemplo, apresentam elevadas taxas de judicialização, o que se relaciona diretamente com as dificuldades de acesso e oferta de serviços hospitalares, como apontam Medeiros e Santos (2021). Estes autores destacam que a busca pela via judicial é um reflexo das insuficiências estruturais e da precariedade do sistema público de saúde, que muitas vezes não consegue atender à demanda crescente por tratamentos e internações. Durante o auge da pandemia, essa realidade se acentuou, conforme evidenciado por Silva *et al.*

(2022), que analisaram o aumento da judicialização em virtude da sobrecarga hospitalar e da escassez de recursos, fatores que elevaram a procura por soluções judiciais.

Por outro lado, a redução da taxa de internação e, conseqüentemente, da judicialização observada em 2022 pode sinalizar avanços importantes na gestão da saúde pública. A melhora na cobertura vacinal, o fortalecimento da atenção básica e a expansão da capacidade hospitalar são apontados por Oliveira e Lima (2023) como determinantes para o controle da demanda hospitalar e para a redução da dependência da via judicial como instrumento de acesso à saúde. Essas transformações refletem um esforço conjunto para diminuir as desigualdades regionais e garantir maior efetividade no atendimento, reduzindo a necessidade de judicialização.

Portanto, a análise dos dados mostra que, embora a pandemia tenha ampliado a demanda por internações e judicialização, o cenário de 2022 sugere uma trajetória de recuperação e aprimoramento dos serviços de saúde, que deve ser monitorada para assegurar a continuidade dos avanços e a redução das desigualdades no acesso hospitalar.

4.3.2.3 Relação entre a Número de Respiradores e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A análise dos dados entre 2020 e 2022, apresentados na Figura 6, revela uma relação significativa entre a taxa de judicialização da saúde e a disponibilidade de respiradores nos estados brasileiros. Em 2020, estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul apresentaram altas taxas de judicialização "Alto", com 1.331, 505 e 385 respiradores, respectivamente (Figura 8). Esses números indicam que, mesmo com maior infraestrutura hospitalar, a demanda judicial por tratamentos continuou elevada, possivelmente refletindo desafios na gestão e na distribuição dos recursos, conforme apontam Silva *et al.* (2021) e Oliveira e Lima (2022).

Em 2021, a judicialização permaneceu alta em estados como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso, que registraram 504, 389 e 190 respiradores, respectivamente, conforme ilustrado na Figura 7. A manutenção dessas taxas sugere que, apesar de certa estabilidade na infraestrutura, a pressão sobre o sistema de

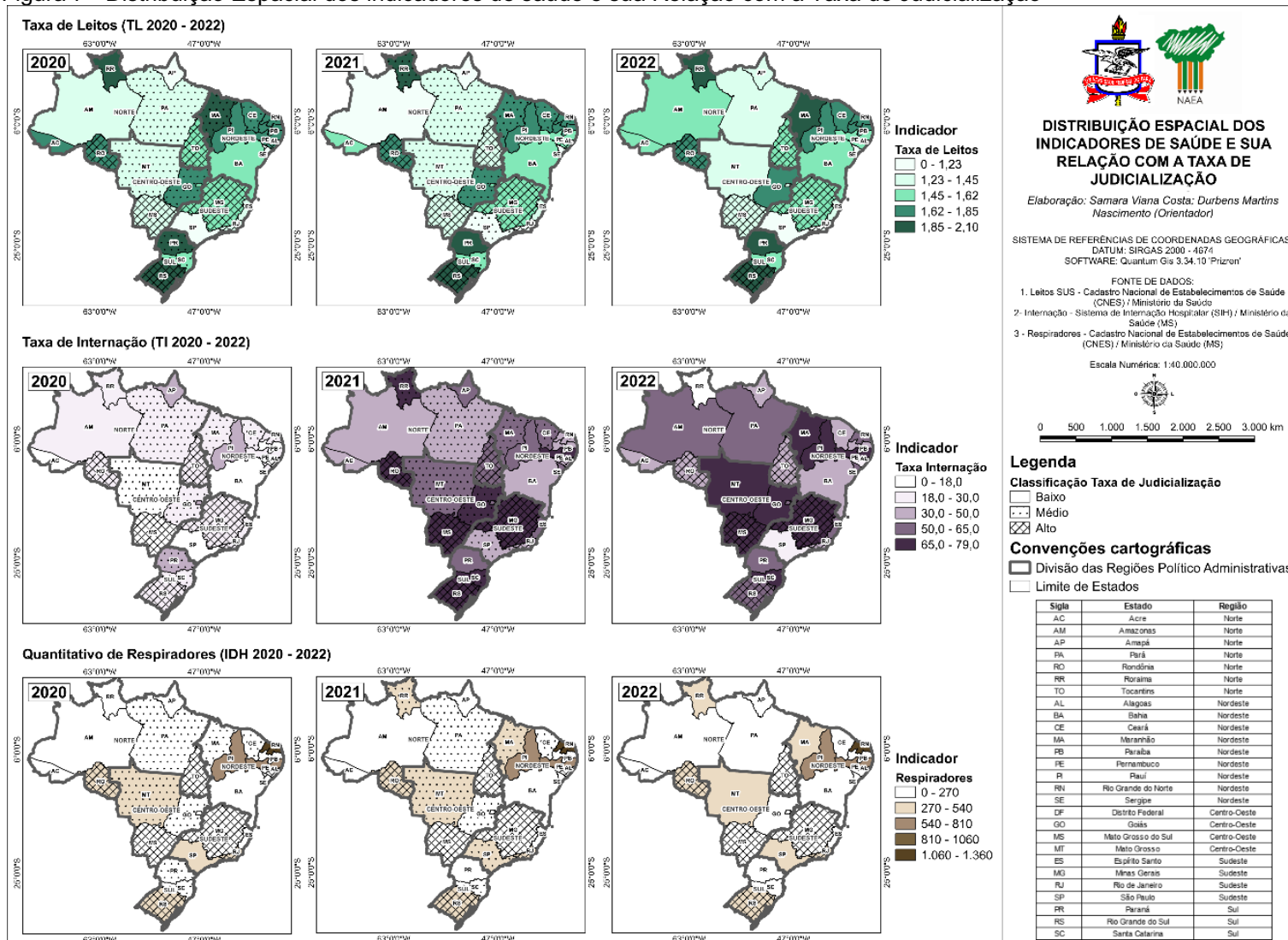
saúde continuou intensa, corroborando os achados de Medeiros *et al.* (2020), que associam alta judicialização a insuficiências persistentes no atendimento público.

No entanto, em 2022, observou-se uma mudança importante: estados como São Paulo, Minas Gerais e Bahia, que passaram a apresentar baixa taxa de judicialização "Baixo", ainda mantiveram números elevados de respiradores (1.351, 748 e 647, respectivamente), conforme evidenciado na Figura 6. Essa redução na judicialização, aliada à ampliação da infraestrutura, sugere avanços significativos na gestão pública e no maior acesso aos tratamentos necessários, o que está em linha com as conclusões de Carvalho e Santos (2023), que destacam que o aumento da capacidade hospitalar contribui para diminuir a judicialização.

Por outro lado, estados como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso mantiveram alta judicialização em 2022, mesmo com um número moderado de respiradores disponíveis (514, 392 e 196, respectivamente), conforme mostrado na Figura 6. Essa persistência da judicialização relacionada a processos de Covid-19 indica que, além da quantidade de respiradores, outros fatores, como a distribuição regional dos recursos, a qualidade do atendimento prestado e a complexidade dos processos administrativos, exerceram forte influência sobre a judicialização durante o período pandêmico.

A análise espacial da judicialização da saúde das demandas por Covid-19 no período de 2020 a 2022 evidencia que a relação entre infraestrutura hospitalar e demandas judiciais é multifatorial e complexa. Embora a Portaria GM/MS nº 3.712/2020 recomende uma taxa mínima de 2 a 2,5 leitos por mil habitantes, a maioria dos estados brasileiros manteve-se abaixo desse parâmetro, como observado em Roraima, que alcançou 1,91 leitos/mil hab. em 2022. Estados com maior disponibilidade de leitos, respiradores ou altas taxas de internação, como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, ainda apresentaram elevada judicialização, indicando que a mera presença de recursos hospitalares não garante menor demanda judicial. Estudos recentes (Sebastiani; Oliveira, 2024; Vieira, 2023; Silva; Costa, 2022) reforçam que fatores como gestão pública ineficiente, distribuição desigual de recursos, ausência de regulação efetiva e percepção de ineficiência no atendimento são determinantes críticos na escalada da judicialização, demonstrando que o fenômeno não se restringe à escassez física de leitos ou equipamentos.

Figura 7 - Distribuição Espacial dos indicadores de saúde e sua Relação com a Taxa de Judicialização



Fonte: Elaboração própria.

4.3.2.4 Relação entre índices de morbimortalidade e a Judicialização da Saúde no Brasil (2020-2022)

A análise da distribuição espacial da taxa de incidência da COVID-19 no Brasil entre os anos de 2020 e 2022 revela uma relação importante com a classificação da taxa de judicialização da saúde. Conforme demonstrado na Figura 8, observa-se que, em 2020, apenas os estados de Roraima (RR) e Amapá (AP) apresentaram uma taxa de incidência superior a 8.500 casos por 100.000 habitantes. Entretanto, outros estados como Rondônia (RO), Mato Grosso do Sul (MS), Tocantins (TO), Minas Gerais (MG) e Rio Grande do Sul (RS), embora com incidência entre 4.200 e 6.999 casos, apresentaram altas taxas de judicialização. Isso sugere que, mesmo com uma incidência moderada, a estrutura hospitalar insuficiente ou a má distribuição de recursos nesses estados pode ter levado a uma maior pressão sobre o sistema judicial.

Em 2021, observa-se um aumento da taxa de incidência em boa parte do território nacional, com a maioria dos estados migrando para as faixas superiores (> 8.500 casos por 100.000 hab.). Nessa conjuntura, os mesmos estados mencionados anteriormente (RO, TO, MS, MG e RS) continuaram apresentando altas taxas de judicialização, indicando uma persistência da relação entre maior incidência e maior demanda judicial, reforçando o padrão observado no ano anterior.

No ano de 2022, embora alguns estados tenham apresentado redução nos níveis de incidência, os estados com altas taxas de judicialização permaneceram, em sua maioria, nas faixas mais elevadas de incidência, como TO, MS, MG e RS. Essa permanência do padrão indica que a judicialização da saúde nesses contextos não responde apenas à pressão momentânea, mas também à fragilidade crônica na gestão dos serviços de saúde, conforme apontado por Lima *et al.* (2022), que destacam a importância da eficiência na alocação de recursos para conter a judicialização em situações de alta demanda.

Segundo Costa e Oliveira (2020), a judicialização tende a se intensificar em contextos de alta incidência, especialmente onde o sistema de saúde é incapaz de absorver a demanda assistencial com rapidez e equidade. Esses autores apontam que a alta incidência leva à saturação dos serviços, e a população recorre à via judicial como estratégia de garantia de acesso.

Além disso, Silva e Santos (2021) reforçam que, mesmo com expansão física de leitos e equipamentos, a má gestão e a lentidão nas respostas institucionais são fatores cruciais para o aumento da judicialização. A permanência da judicialização em estados como MG e RS ao longo de todo o período analisado corrobora essa tese, sugerindo que intervenções estruturais e melhorias na governança hospitalar são tão importantes quanto os investimentos em infraestrutura.

Portanto, os resultados expressos na Figura 8 evidenciam que há uma relação consistente entre a taxa de incidência da COVID-19 e a judicialização da saúde, especialmente em estados onde o sistema de saúde público apresentou limitações estruturais e operacionais. A pandemia expôs vulnerabilidades já existentes, e a judicialização funcionou como um mecanismo reativo à incapacidade do Estado em assegurar o acesso pleno e igualitário à saúde em um momento de crise.

No que se refere à taxa de mortalidade por COVID-19 no Brasil, conforme apresentada na Figura 7, em 2020, observa-se que as maiores taxas de mortalidade (acima de 81 óbitos por 100.000 habitantes) se concentraram nos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, como Amazonas (AM), Roraima (RR), Amapá (AP), Pará (PA), Maranhão (MA), Pernambuco (PE), Ceará (CE), Bahia (BA), Mato Grosso (MT) e Goiás (GO). A maior parte desses estados também apresentou classificação média ou alta de judicialização, indicando uma sobrecarga significativa dos sistemas de saúde locais e uma consequente busca judicial para assegurar o direito à vida e à saúde.

Em 2021, com o agravamento da pandemia, a situação se intensificou: quase todo o território nacional passou a registrar altas taxas de mortalidade, especialmente nas faixas acima de 135 óbitos por 100.000 habitantes. Destacam-se novamente os estados do Centro-Oeste (MT, GO), Sudeste (MG, SP) e Sul (RS, PR, SC), todos com alta taxa de judicialização. Esse padrão evidencia que, em contextos de crise extrema, a mortalidade se eleva justamente nos locais onde o sistema de saúde não conseguiu dar respostas eficientes e tempestivas, levando pacientes e familiares a recorrerem ao judiciário para garantir acesso a internações, leitos de UTI, respiradores e medicamentos essenciais.

Já em 2022, com o avanço da vacinação e a redução da pressão sobre o sistema hospitalar, observa-se um declínio nas taxas de mortalidade em boa parte do país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. No entanto, os estados de Minas Gerais (MG), Paraná (PR), Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC) ainda

apresentavam mortalidade elevada e alta judicialização, sinalizando que, mesmo com a redução geral da crise sanitária, persistiram desigualdades regionais na capacidade de resposta hospitalar e na equidade de acesso aos serviços de saúde.

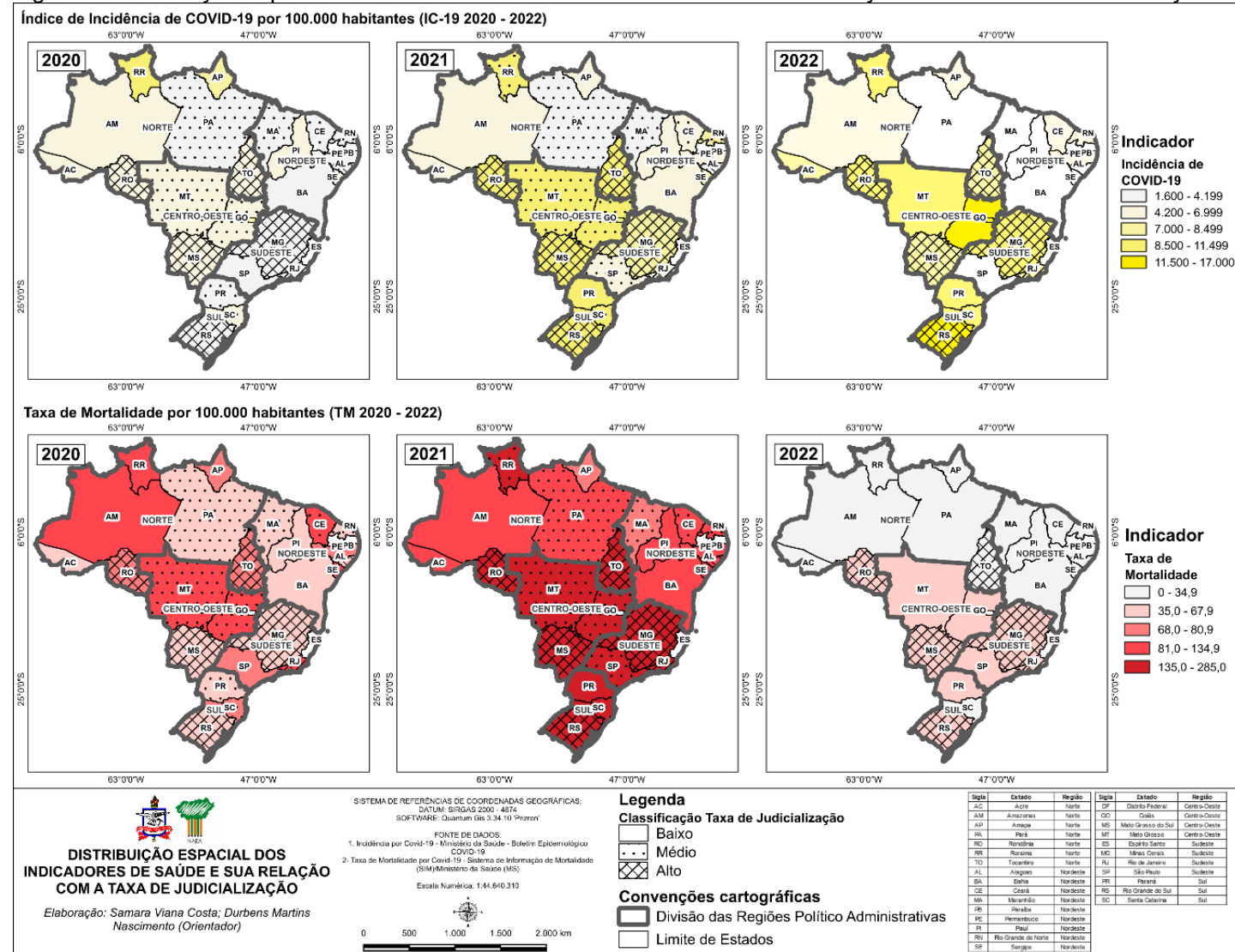
Segundo Diniz *et al.* (2021), a judicialização da saúde durante a pandemia foi fortemente influenciada por falhas de gestão pública e desigualdade na distribuição de recursos hospitalares, especialmente em regiões com mortalidade elevada. Além disso, Teixeira *et al.* (2022) ressaltam que o excesso de mortes por COVID-19 reflete não apenas a virulência da doença, mas também a fragilidade dos sistemas regionais de saúde, sendo a judicialização um indicador indireto dessa fragilidade.

Silva e Costa (2023) acrescentam que a ausência de protocolos de distribuição justa de insumos e leitos críticos foi determinante para a alta mortalidade em estados com grande volume de judicializações. Nesses contextos, o acesso ao cuidado intensivo acabou dependendo de ações judiciais individuais, o que reforça desigualdades sociais e compromete o princípio da equidade do SUS.

Assim, a análise espacial evidencia que a alta taxa de mortalidade por COVID-19 guarda relação direta com o aumento da judicialização da saúde, especialmente em estados que já apresentavam deficiências estruturais e operacionais em seus sistemas de saúde pública. A Figura 8 ilustra de forma clara essa sobreposição geográfica entre os dois fenômenos, reforçando a necessidade de políticas públicas que fortaleçam o SUS em sua base, evitem colapsos hospitalares e garantam respostas igualitárias à população, especialmente em cenários de emergência sanitária.

Os estados que apresentaram maiores taxas de incidência e mortalidade por COVID-19 foram também aqueles em que se observou maior número de ações judiciais, evidenciando que a insuficiência estrutural, a má gestão e a desigualdade na alocação de recursos intensificaram a busca pelo Judiciário como via de acesso a direitos fundamentais. Mesmo com avanços na vacinação e na expansão da infraestrutura hospitalar, a persistência da judicialização em determinadas regiões demonstra que o problema transcende a conjuntura emergencial da pandemia, refletindo vulnerabilidades históricas na governança, na eficiência administrativa e na equidade do SUS.

Figura 8 - Distribuição Espacial dos indicadores de renda e escolaridade e sua Relação com a Taxa de Judicialização



Fonte: Elaboração própria.

4.4 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ESPACIAL (ACE)

4.4.1 Análise espacial bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Indicadores socioeconômicos

A análise bivariada utilizando o Índice de Moran evidenciou associações espaciais fracas entre a taxa média de judicialização da saúde por COVID-19 e os indicadores socioeconômicos analisados: Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Gini (IG). O único resultado que se aproximou da significância estatística foi o par judicialização x Índice de Gini (Moran's $I = -0,259$; $p = 0,050$), indicando uma tendência de autocorrelação espacial negativa, ligeiramente acima do limiar convencional ($p < 0,05$) (Tabela 5 e Figura 8). Esse padrão sugere que as demandas judiciais por COVID-19 foram relativamente mais frequentes em regiões com menor desigualdade de renda, especialmente nos estados do Sul do Brasil, com destaque para o Rio Grande do Sul, onde se observou o agrupamento espacial do tipo "baixo IG / alta judicialização". Esse resultado está em consonância com a literatura recente, que aponta que a judicialização da saúde tende a ocorrer com maior intensidade em contextos com menor desigualdade e maior capital social, educacional e institucional, conforme demonstrado por Costa *et al.* (2021) e Biehl *et al.* (2018).

Em contraste, os indicadores IVS (Moran's $I = -0,172$; $p = 0,278$) e IDH (Moran's $I = 0,142$; $p = 0,167$) não apresentaram associações espaciais estatisticamente significativas com a judicialização, sugerindo que vulnerabilidade social e o desenvolvimento humano não foram determinantes territoriais robustos para a demanda judicial por saúde durante a pandemia (Tabela 5 e Figura 8). Essa ausência de autocorrelação espacial reforça achados epidemiológicos recentes que sugerem que indicadores agregados como IVS e IDH são menos sensíveis para explicar variações espaciais da COVID-19 e seus impactos sociais, em comparação ao índice de Gini (Silva; Santos; Oliveira, 2022; Almeida; Ferreira; Costa, 2023; Silva; Almeida; Moreira, 2021).

Pesquisas espaciais nacionais, como as de Castro *et al.* (2021) e Ferreira e Souza (2020), também destacam que a desigualdade de renda apresenta maior capacidade preditiva sobre os padrões espaciais da COVID-19 do que indicadores

mais amplos de vulnerabilidade social ou desenvolvimento humano, reforçando a relevância do índice de Gini como determinante territorial da judicialização.

A análise dos mapas de agrupamento espacial local (BiLISA) mostrou a presença de clusters visuais, especialmente nas regiões Sul e Sudeste (Tabela 5 e Figura 8). Contudo, os testes de significância baseados em Monte Carlo não validaram estatisticamente a maioria desses agrupamentos, confirmando alertas metodológicos contemporâneos que enfatizam o cuidado com interpretações visuais sem respaldo estatístico robusto (Ferreira; Souza, 2020; Oliveira *et al.*, 2021).

Os resultados obtidos apontam que, embora a relação entre judicialização e desigualdade de renda tenha se aproximado da significância estatística, o padrão espacial identificado sugere que a judicialização da saúde no contexto da pandemia de COVID-19 não ocorreu prioritariamente em territórios marcados pela vulnerabilidade extrema, mas sim em regiões com maior organização social e capital institucional. Esse achado reforça a hipótese de que a judicialização tende a se concentrar em espaços onde há maior capacidade de mobilização cívica, melhor acesso à informação e presença mais efetiva de atores jurídicos e políticos. Tal dinâmica é coerente com os estudos de Biehl *et al.* (2018) e Costa *et al.* (2021), que destacam a judicialização como fenômeno de natureza desigual, mais acessível a grupos com maior literacia institucional e inserção socioeconômica intermediária ou elevada, ainda que os impactos de sua expansão afetem o sistema de saúde de forma ampla e redistributiva.

Sob a ótica territorial, o comportamento espacial heterogêneo dos indicadores reforça que a judicialização da saúde, embora impulsionada por demandas individuais, manifesta-se de forma seletiva em função das condições estruturais e institucionais de cada região. Estados do Sul e Sudeste, onde se observam padrões de “baixo Gini / alta judicialização”, indicam um ambiente em que a população dispõe de maior acesso a canais formais de reivindicação de direitos, ao passo que estados com alta vulnerabilidade social, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, apresentam sub-representação de judicializações, o que pode refletir barreiras culturais, geográficas e institucionais ao acesso à Justiça. Nesse sentido, a ausência de autocorrelação espacial significativa com o IVS e o IDH evidencia que a judicialização não é apenas uma resposta direta à precariedade social, mas um fenômeno associado à estruturação política e institucional do território, como defendem Almeida, Ferreira e Costa (2023).

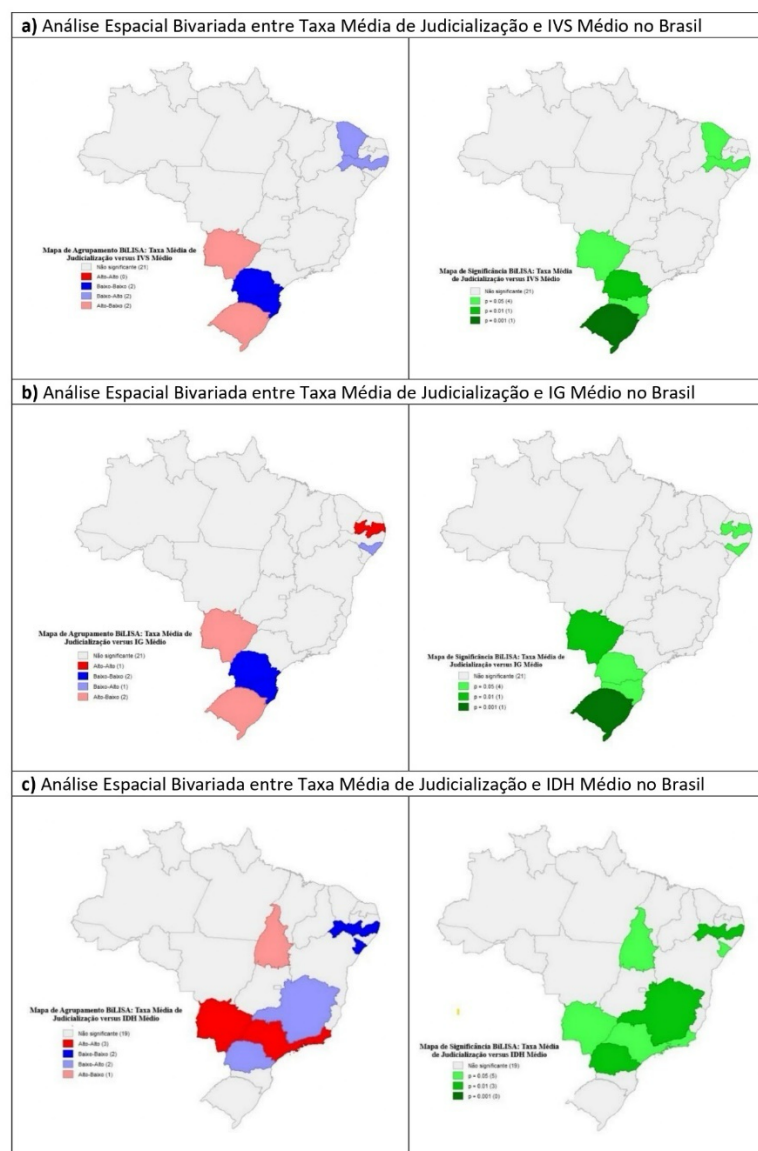
Tabela 7 – Índice de Moran Bivariado entre a Taxa de Judicialização da Saúde por COVID-19 e Indicadores Socioeconômico no Brasil

Par de Variáveis	Moran'I	p-valor*	Significância	Interpretação
Judicialização x IVS	-0,172	0.278	Não Significativa	Sem evidência estatística de associação espacial
Judicialização x IDH	0,142	0.024	Significativa	Autocorrelação espacial
Judicialização x Índice de Gini (IG)	-0,258	0.050	Marginalmente Significativa	Tendência de autocorrelação espacial negativa, no limite da significância estatística

*Teste de Monte Carlos

Fonte: Elaboração própria.

Figura 9 – Análise Espacial Bivariada entre a Taxa Média de Judicialização e Indicadores Socioeconômico no Brasil, no período de 2020-2022. Sendo (a) Judicialização x IVS Médio; (b) Judicialização x IG Médio; (c) Judicialização x IDH Médio) Mapas de agrupamento BbLISA, mapas de significância local e gráficos de dispersão do índice de Moran bivariado



Fonte: Elaboração própria.

4.4.2 Análise espacial bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Indicadores de Renda e Escolaridade

A Tabela 8 apresenta os resultados do Índice de Moran Bivariado entre a Taxa de Judicialização da Saúde por COVID-19 e dois indicadores socioeconômicos - PIB per capita e escolaridade média - no Brasil, no período de 2020 a 2022. A análise revelou autocorrelações espaciais positivas e estatisticamente significativas em ambos os casos, conforme teste de Monte Carlo.

O cruzamento entre a taxa de judicialização e o PIB per capita resultou em um índice de Moran igual a 0,092, com p-valor de 0,0278. Embora estatisticamente significativo, esse resultado indica uma correlação espacial positiva fraca, sugerindo que áreas com maior judicialização tendem a estar próximas de outras com maior rendimento médio, e vice-versa. Esse achado está alinhado com estudos como os de Piola *et al.* (2013) e Vieira e Zucchi (2007), que identificam a influência das desigualdades econômicas sobre o acesso aos mecanismos jurídicos, mas também indicam que a renda, isoladamente, pode não ser o principal fator explicativo da judicialização da saúde no país.

Já a análise entre judicialização e escolaridade média apresentou um índice de Moran significativamente mais elevado ($I = 0,547$), com p-valor de 0,0347, evidenciando uma autocorrelação espacial positiva forte. Esse resultado reforça a ideia de que o nível de instrução da população tem papel decisivo na propensão à judicialização, uma vez que indivíduos com maior escolaridade tendem a ter mais acesso à informação, maior compreensão dos seus direitos e maior capacidade de recorrer ao Judiciário. Essa relação é corroborada por autores como Biehl, Amon e Socal (2012), os quais apontam que a judicialização frequentemente reflete não apenas demandas por acesso à saúde, mas também desigualdades estruturais no uso do direito, sendo mais recorrente entre grupos com maior capital educacional e maior conhecimento sobre os instrumentos legais disponíveis.

A Figura 10 complementa essa análise ao ilustrar os padrões espaciais identificados. O painel (a), que combina judicialização e PIB per capita, mostra uma dispersão mais difusa, enquanto o painel (b), que cruza judicialização com escolaridade, revela uma concentração espacial mais clara, com aglomerados de municípios com alta escolaridade e alta judicialização. Tais evidências reforçam a hipótese de que a escolaridade exerce influência mais direta e geograficamente

concentrada sobre os níveis de judicialização da saúde, especialmente em contextos de crise sanitária como o da pandemia de COVID-19.

Por meio dos resultados podemos dizer que a judicialização da saúde no Brasil, no contexto pandêmico, esteve espacialmente associada tanto à renda quanto, com maior intensidade, à escolaridade. A compreensão desses padrões é essencial para o aprimoramento das políticas públicas, pois indica que o acesso ao Judiciário ainda é condicionado por fatores sociais e territoriais, o que exige atenção especial para evitar o aprofundamento das desigualdades no acesso a direitos fundamentais.

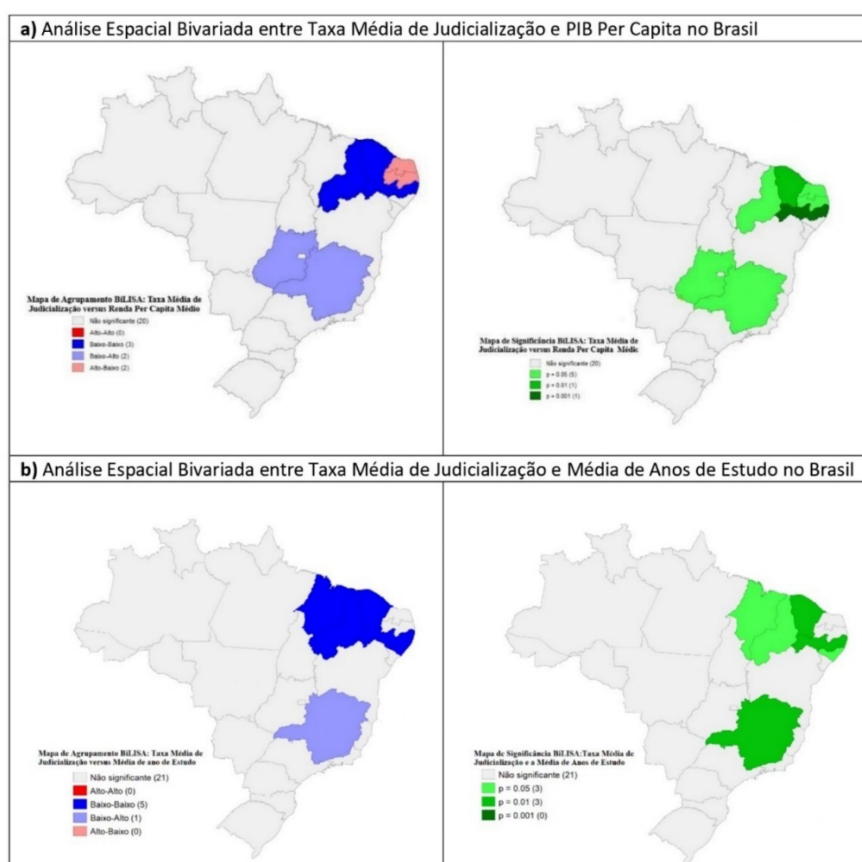
Tabela 8 – Índice de Moran Bivariado entre a Taxa de Judicialização da Saúde por COVID-19 e Indicadores de renda e escolaridade no Brasil

Par de Variáveis	Moran'I	p-valor*	Significância	Interpretação
PIB Per Capita	0.092	0.0278	Significativa	Autocorrelação espacial positiva
E escolaridade	0,547	0.0347	Significativa	Autocorrelação espacial positiva

*Teste de Monte Carlos

Fonte: Elaboração própria.

Figura 10 – Análise Espacial Bivariada entre a Taxa Média de Judicialização e Indicadores de renda e escolaridade no Brasil, no período de 2020-2022. Sendo (a) Judicialização x Pib Per Capita Médio; (b) Judicialização x Média de anos de Estudo



Fonte: Elaboração própria.

4.4.3 Análise espacial bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Indicadores de Saúde

A Tabela 6 apresenta os resultados do Índice de Moran Bivariado entre a taxa de judicialização da saúde por COVID-19 e diferentes indicadores relacionados à estrutura e desempenho do sistema de saúde nos estados brasileiros. Os pares de variáveis testados foram: taxa média de leitos hospitalares, taxa média de internação, número de respiradores, taxa média de incidência da COVID-19 e taxa média de mortalidade. O objetivo foi verificar se havia autocorrelação espacial significativa entre essas variáveis e a judicialização da saúde, ou seja, se regiões com características semelhantes em relação aos indicadores de saúde também apresentavam padrões semelhantes de judicialização.

De modo geral, os resultados demonstraram ausência de significância estatística para todos os pares analisados, conforme indicado pelos p-valores superiores ao nível crítico de 0,05. O índice de Moran bivariado para a taxa média de leitos foi de -0,099 ($p = 0,316$), sugerindo uma correlação negativa fraca e estatisticamente não significativa. De maneira semelhante, o número de respiradores também apresentou índice negativo (-0,091; $p = 0,275$), sem evidência de associação espacial com a judicialização. No caso da taxa média de internação, embora o índice de Moran tenha sido positivo (0,231), indicando uma possível tendência de associação, o resultado não atingiu significância estatística ($p = 0,112$).

As variáveis epidemiológicas, taxa média de incidência (-0,028; $p = 0,487$) e taxa média de mortalidade (0,149; $p = 0,091$) também não revelaram associação espacial significativa com a judicialização da saúde. Embora o índice positivo da taxa de mortalidade sugira uma leve tendência de autocorrelação espacial, o p-valor ainda se manteve acima do limiar estatístico, impedindo conclusões definitivas.

Esses resultados indicam que, do ponto de vista espacial, os indicadores diretos da infraestrutura hospitalar e do comportamento epidemiológico da pandemia não se correlacionaram significativamente com a distribuição geográfica dos processos judiciais relacionados à saúde durante a pandemia de COVID-19. Essa ausência de associação pode estar relacionada a fatores como o acesso desigual à Justiça, diferenças no perfil sociodemográfico da população ou mesmo à variação institucional entre os estados quanto à resposta do sistema judiciário e das secretarias de saúde.

Em síntese, os achados sugerem que a judicialização da saúde, embora envolva demandas por recursos como leitos, respiradores e internações, não seguiu um padrão espacialmente associado à oferta direta desses serviços ou ao impacto epidemiológico da doença. Isso reforça a hipótese de que fatores sociais, econômicos e culturais, como escolaridade e conhecimento sobre direitos, exercem um papel mais determinante na distribuição da judicialização do que os indicadores de saúde propriamente ditos.

Sob uma perspectiva interpretativa mais ampla, a ausência de correlação espacial significativa entre a judicialização e os indicadores de estrutura e desempenho do sistema de saúde sugere que a atuação judicial durante a pandemia foi menos influenciada pela disponibilidade objetiva de recursos hospitalares e mais condicionada por fatores contextuais e institucionais. Isso indica que o ajuizamento de demandas não ocorreu necessariamente nas áreas mais afetadas pela sobrecarga do sistema ou pela maior gravidade epidemiológica, mas, sim, onde havia maior capacidade de mobilização jurídica, acesso à informação e estrutura institucional apta a viabilizar o acionamento do Judiciário. Tal resultado reforça a literatura que aponta para a existência de uma “judicialização concentrada”, na qual regiões com maior densidade institucional e capital jurídico tendem a apresentar taxas mais elevadas de demandas judiciais, independentemente da magnitude dos problemas sanitários locais.

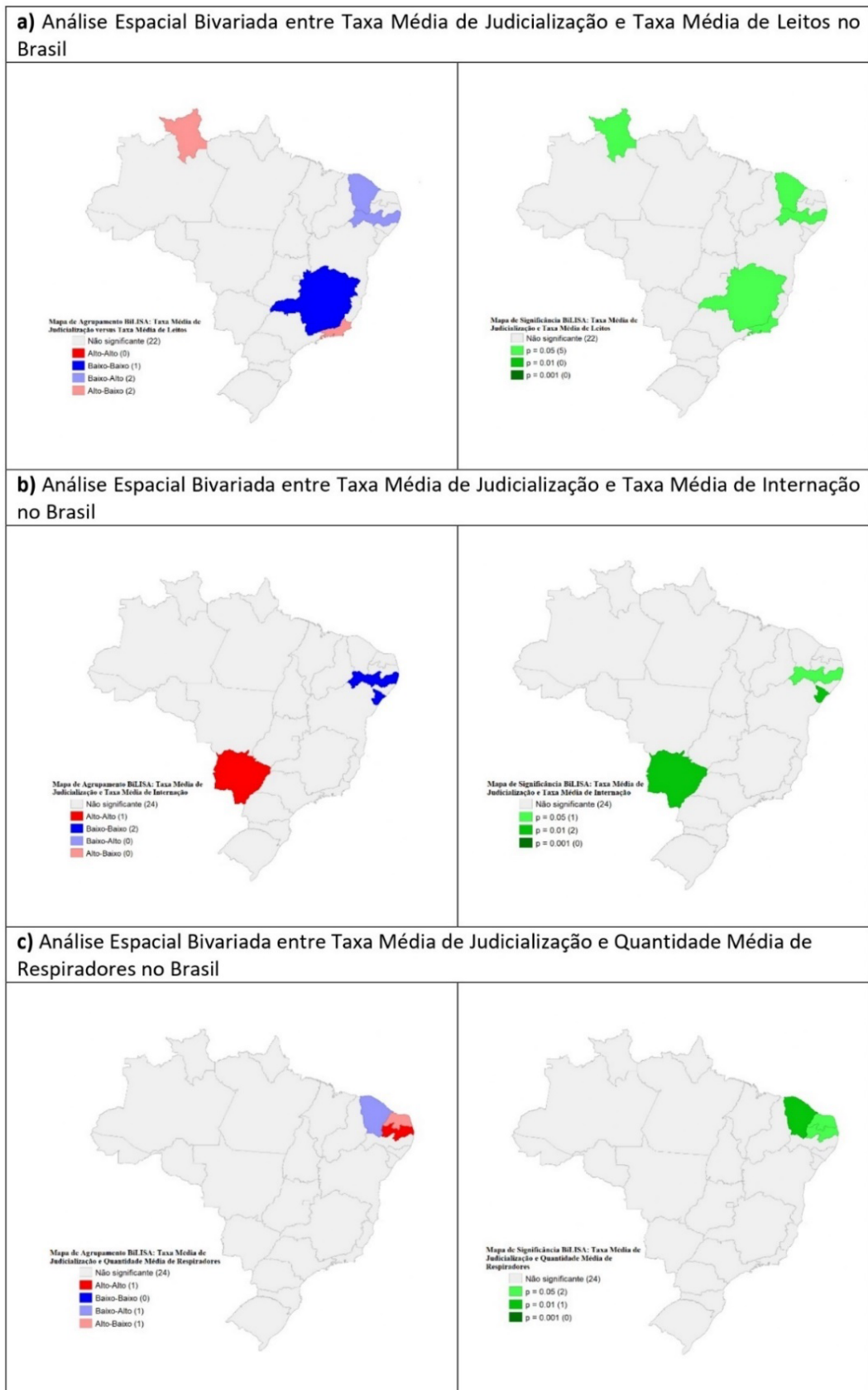
Tabela 9 – Índice de Moran Bivariado entre a Taxa de Judicialização da Saúde por COVID-19 e Indicadores de saúde no Brasil

Par de Variáveis	Moran'I	p-valor*	Significância	Interpretação
Taxa Média de Leitos	-0.099	0.316	Não Significativa	Sem evidência estatística de associação espacial
Taxa Média de Internação	0.231	0.112	Não Significativa	Sem evidência estatística de associação espacial
Nº de Respiradores	-0.091	0.275	Não Significativa	Sem evidência estatística de associação espacial
Taxa Média de Incidência	-0.028	0.487	Não Significativa	Sem evidência estatística de associação espacial
Taxa Média de Mortalidade	0.149	0.091	Não Significativa	Sem evidência estatística de associação espacial

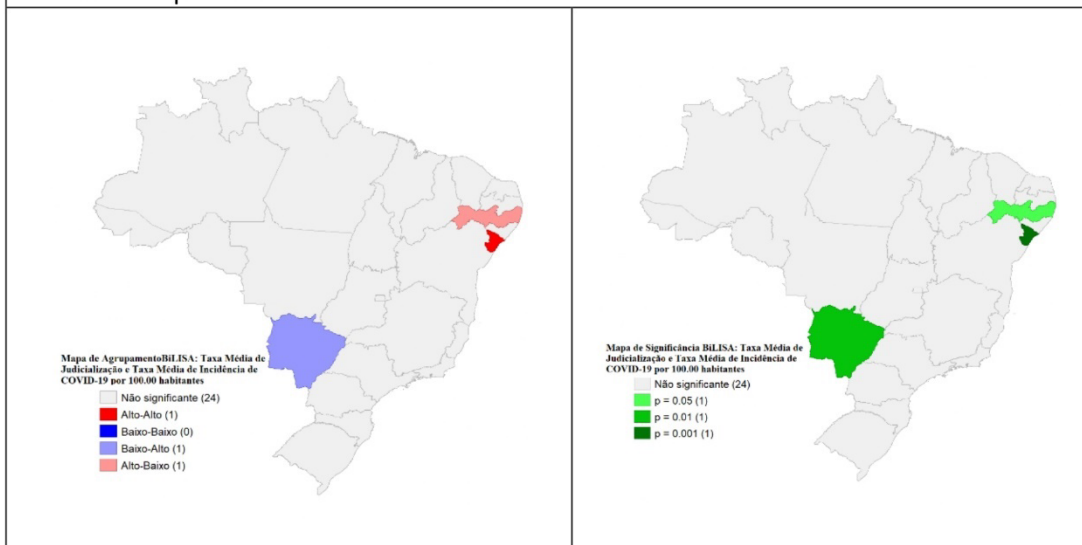
*Teste de Monte Carlos

Fonte: Elaboração própria.

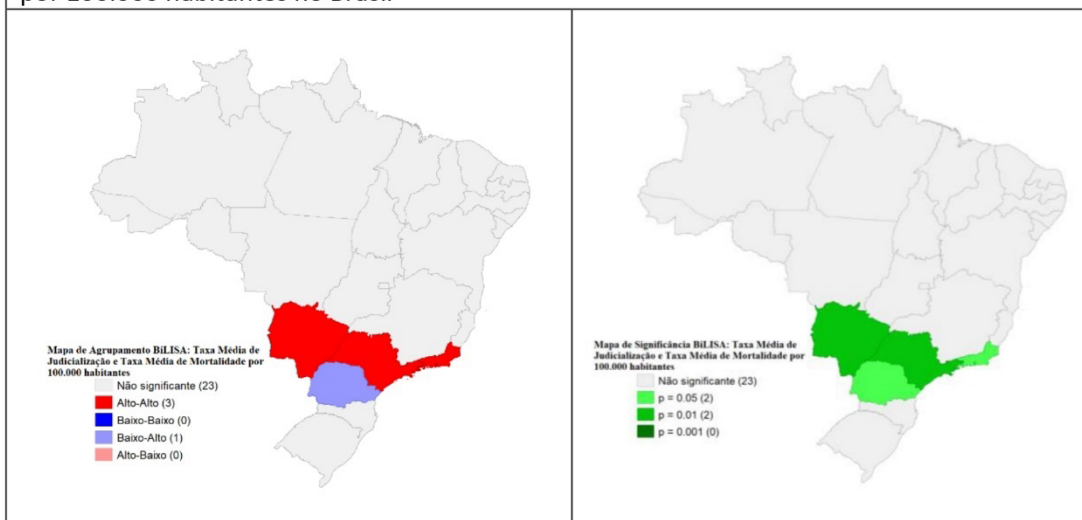
Figura 11 – Análise Espacial Bivariada entre a Taxa Média de Judicialização e Indicadores de renda e escolaridade no Brasil, no período de 2020-2022. Sendo (a) Judicialização x média de leitos; (b) Judicialização x Taxa média de internação; (c) Judicialização x quantidade média de respiradores; (d) Judicialização x taxa de incidência (e) Judicialização X Taxa de Mortalidade. Mapas de agrupamento BiLISA, mapas de significância local e gráficos de dispersão do índice de Moran bivariado.



d) Análise Espacial Bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Taxa Média de Incidência de COVID-19 por 100.00 habitantes no Brasil



e) Análise Espacial Bivariada entre Taxa Média de Judicialização e Taxa Média de Mortalidade por 100.000 habitantes no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

4.5 ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A JUDICIALIZAÇÃO DA COVID-19 COM BASE NA REGRESSÃO LINEAR

A análise de regressão linear múltipla permitiu identificar os fatores com maior capacidade explicativa sobre a variação da taxa de judicialização da saúde por COVID-19 no Brasil. Entre os resultados, destaca-se que os indicadores socioeconômicos tiveram maior poder explicativo do que os indicadores de saúde ou epidemiológicos. A variável PIB per capita apresentou um coeficiente positivo e estatisticamente significativo ($\beta = 4,92$; $p = 0,0076$), indicando que estados com maior renda per capita tendem a registrar mais processos judiciais relacionados à saúde.

durante a pandemia. Esse resultado corrobora a hipótese de que a capacidade econômica da população influencia diretamente sua propensão a acessar o sistema judiciário, mesmo diante de um sistema público universal.

A média de escolaridade, por sua vez, apresentou coeficiente negativo ($\beta = -77,08$; $p = 0,0588$), o que à primeira vista pode parecer contraditório. Contudo, apesar da direção negativa, o valor-p próximo a 0,05 indica significância estatística, o que sugere que há uma relação não linear ou mediada entre escolaridade e judicialização. Uma hipótese plausível é que a escolaridade esteja capturando outros efeitos colineares, como o tipo de demanda judicializada (ex.: judicializações mais complexas ou coletivas), ou que existam fatores regionais estruturais interferindo nessa relação.

Outro achado relevante foi a significância da variável IDH ($\beta = -95,29$; $p = 0,0312$), embora com um coeficiente negativo e efeito t muito baixo (-0,22), o que indica uma instabilidade no modelo e possivelmente um problema de colinearidade com outras variáveis socioeconômicas. Já o IVS (Índice de Vulnerabilidade Social) apresentou uma associação negativa com a judicialização ($\beta = -375,77$; $p = 0,0866$), o que é coerente com a ideia de que populações mais vulneráveis recorrem menos ao Judiciário, possivelmente por falta de acesso à informação, recursos ou apoio institucional.

A variável Índice de Gini, que mede a desigualdade de renda, apresentou coeficiente positivo ($\beta = 399,86$), mas sem significância estatística ($p = 0,152$). Isso sugere que a desigualdade, isoladamente, não é um fator determinante para a judicialização - ainda que possa acentuar o efeito de outras variáveis, como a vulnerabilidade social e o acesso ao sistema de justiça.

Já os indicadores de infraestrutura de saúde - taxa média de leitos, taxa média de internação e número de respiradores - não apresentaram significância estatística, com valores-p bastante elevados (todos acima de 0,80), indicando que essas variáveis não explicam a variação da judicialização entre os estados. O mesmo se observou com os indicadores epidemiológicos da COVID-19: taxa média de incidência e taxa média de mortalidade também não demonstraram relação estatisticamente significativa com a judicialização ($p = 0,9562$ e $p = 0,4155$, respectivamente).

Esses resultados reforçam a conclusão de que a judicialização da saúde por COVID-19 foi mais influenciada por aspectos socioeconômicos do que pela gravidade da pandemia ou pela capacidade hospitalar em si. Em outras palavras, o acesso ao

Judiciário para garantir o direito à saúde revelou-se seletivo e condicionado por desigualdades estruturais - sobretudo econômicas e educacionais.

Tabela 10 – Resultados da Regressão Linear Múltipla para a Taxa Judicial (N = 27)

Variável	Coefficiente	Erro Padrão	Estatística t	Valor-p	Significância
Constante	561,75	287,39	1,95	0,0673	*
PIB per capita	4,92	1,63	3,03	0,0076	**
Média Escolaridade	-77,08	38,05	-2,03	0,0588	*
Média IDH	-95,29	440,28	-0,22	0,0312	*
Média IVS	-375,77	206,57	-1,82	0,0866	*
Média Índice de Gini	399,86	266,59	1,5	0,152	
Tx. Média de Leitos	0,02	0,3	0,07	0,9453	
Tx. Média de Internação	0,02	0,1	0,05	0,851	
Média de Respiradores	-0,005	0,024	-0,22	0,8255	
Tx. Média Incidência (covid-19)	0,05	0,82	0,06	0,9562	
Tx. Média de Mortalidade(covid-19)	24,27	29,08	0,83	0,4155	

Legenda: *p < 0,10; **p < 0,01

Fonte: Elaboração própria.

A avaliação estatística do modelo de regressão linear múltipla revela informações importantes sobre o grau de ajuste e a confiabilidade dos resultados obtidos. O coeficiente de determinação (R^2) foi de 0,491, indicando que aproximadamente 49,1% da variação na taxa de judicialização da saúde por COVID-19 pode ser explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo. Embora esse valor seja razoável em pesquisas sociais e aplicadas, o R^2 ajustado, que corrige o R^2 levando em consideração o número de variáveis e o tamanho da amostra, foi de apenas 0,221, o que sugere que parte da explicação é influenciada pelo número de preditores utilizados e que o poder explicativo real do modelo é mais modesto.

A estatística F do modelo foi de 1,818, com valor-p associado de 0,0378, indicando que, no conjunto, as variáveis independentes são estatisticamente significativas para explicar a taxa de judicialização da saúde. Esse resultado permite rejeitar a hipótese nula de que todos os coeficientes são iguais a zero, com um nível de significância de 5%, o que valida o modelo como um todo.

O erro padrão da regressão, estimado em 29,5, fornece uma medida da dispersão dos resíduos em torno da linha ajustada. Embora esse valor por si só não indique problemas, ele deve ser interpretado com cautela e em conjunto com outros testes de diagnóstico.

No que se refere aos pressupostos do modelo, o teste de normalidade de Jarque-Bera (JB) apresentou um valor-p de 0,915, indicando que os resíduos da regressão seguem uma distribuição normal - um requisito importante para a validade dos testes de significância dos coeficientes. Da mesma forma, os testes de heterocedasticidade de Breusch-Pagan ($p = 0,573$) e Koenker-Bassett ($p = 0,510$) não apresentaram indícios de variância não constante nos resíduos, o que reforça a confiabilidade das estimativas do modelo.

Em síntese, apesar do R^2 ajustado moderado, o modelo demonstra ser estatisticamente significativo e apresenta resíduos bem comportados em termos de normalidade e homocedasticidade. Isso indica que, embora existam limitações na capacidade preditiva total do modelo - o que é esperado dada a complexidade do fenômeno da judicialização - os resultados são robustos o suficiente para fundamentar inferências e análises qualitativas sobre os fatores que influenciam esse fenômeno no contexto da pandemia de COVID-19.

Observa-se que, apesar de o modelo de regressão linear múltipla apresentar um poder explicativo moderado, ele é suficientemente robusto para identificar tendências consistentes entre as variáveis socioeconômicas e a judicialização da saúde por COVID-19. A significância global do modelo ($p < 0,05$) confirma a existência de relações estatisticamente relevantes entre os fatores analisados, sugerindo que a judicialização não se manifesta de maneira aleatória no território brasileiro, mas é influenciada por determinantes estruturais mensuráveis. Essa constatação reforça a hipótese de que o fenômeno resulta de uma interação complexa entre desigualdade social, capacidade institucional e percepção cidadã de acesso à saúde, aspectos que se tornam mais evidentes em contextos de crise sanitária.

Tabela 11 – Estatísticas do Modelo

Indicador	Valor
R^2	0,491
R^2 Ajustado	0,221
Estatística F	1,818
Valor-p (F)	0,0378
Erro padrão da regressão	29,5
Teste de normalidade (JB)	$p = 0,915$
Breusch-Pagan (hetero.)	$p = 0,573$
Koenker-Bassett (hetero.)	$p = 0,510$

Fonte: Elaboração própria.

5 CONCLUSÃO

A presente tese teve como objetivo analisar os impactos sociais e econômicos da pandemia de COVID-19 na judicialização da saúde nos Estados brasileiros, com foco na distribuição regional dos processos judiciais e na relação com variáveis como infraestrutura hospitalar, desenvolvimento socioeconômico e capacidade de resposta do Estado. A partir de uma abordagem metodológica que combinou análise estatística, espacial e documental, foi possível identificar padrões relevantes e propor reflexões críticas sobre o papel do Poder Judiciário e das políticas públicas no contexto emergencial da crise sanitária.

Os dados analisados evidenciaram que a judicialização da saúde durante a pandemia não ocorreu de forma homogênea no território nacional. Regiões com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), maior grau de escolaridade e melhor estrutura institucional - como o Sudeste e o Sul - concentraram a maior parte das ações judiciais relacionadas ao acesso a tratamentos, leitos de UTI e medicamentos. Por outro lado, regiões mais vulneráveis, como o Norte e o Nordeste, ainda que duramente impactadas pela pandemia, registraram menor número de ações judiciais, o que indica um duplo processo de desigualdade: na saúde e no acesso à Justiça.

Esse fenômeno revela que a judicialização da saúde, especialmente em períodos de calamidade pública, tende a refletir e até reforçar as desigualdades regionais. A população que recorre ao Judiciário para garantir seus direitos não é, necessariamente, a mais vulnerável, mas sim aquela com maior capital educacional, maior familiaridade com os mecanismos jurídicos e melhor suporte institucional. Assim, embora a judicialização seja frequentemente celebrada como ferramenta de efetivação de direitos, ela também pode se transformar em um instrumento seletivo, beneficiando os que já detêm maior capacidade de mobilização social.

A pandemia da COVID-19 explicitou, de maneira dramática, os limites estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS). A insuficiência de leitos, respiradores, profissionais de saúde e medicamentos, agravada pela desorganização da resposta governamental e pelas restrições orçamentárias impostas pela Emenda Constitucional 95/2016, comprometeu a capacidade do Estado em garantir o direito fundamental à saúde de forma equânime. Nesse cenário, o Poder Judiciário foi chamado a desempenhar um papel de protagonismo, ocupando o espaço deixado

pela ausência de políticas públicas eficazes e pela lentidão da gestão federal em articular ações coordenadas entre os entes federativos.

A análise empírica, apoiada em técnicas de estatística espacial e georreferenciamento, evidenciou correlações significativas entre taxas de mortalidade por COVID-19 e a sobrecarga dos sistemas de saúde estaduais. No entanto, não se verificou relação estatisticamente significativa entre o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) ou o Índice de Gini e o número de ações judiciais, o que reforça a hipótese de que a judicialização não é necessariamente uma resposta direta à vulnerabilidade, mas sim à capacidade de mobilização jurídica. Esta constatação lança luz sobre a necessidade de pensar mecanismos de acesso à Justiça que sejam mais inclusivos e representativos, especialmente em períodos de emergências sanitárias.

Do ponto de vista teórico, a tese fundamenta-se no arcabouço do neoconstitucionalismo, que reforça o papel central da Constituição como norma dirigente e dos direitos fundamentais como normas dotadas de força normativa plena. Nesse contexto, o Judiciário deixa de ser apenas um aplicador técnico da lei e assume função ativa na proteção dos direitos fundamentais, como o direito à saúde. Entretanto, o protagonismo judicial também impõe desafios à separação de poderes e à racionalidade distributiva do orçamento público, sobretudo quando decisões judiciais obrigam o Estado a custear tratamentos de alto custo para um número limitado de indivíduos, em detrimento da coletividade.

Os conceitos de mínimo existencial e reserva do possível também se mostraram centrais para a análise proposta. De um lado, o mínimo existencial exige do Estado a garantia de condições básicas para uma vida digna, o que inclui o acesso universal à saúde pública. De outro, a reserva do possível impõe limites à atuação estatal, especialmente em contextos de escassez orçamentária e alta demanda por serviços. A pandemia tensionou esse equilíbrio, revelando que a efetivação do direito à saúde não pode ser condicionada exclusivamente à disponibilidade financeira, sobretudo quando vidas humanas estão em jogo.

Com base nos achados desta pesquisa, é possível apresentar algumas recomendações para o enfrentamento da judicialização da saúde em contextos emergenciais:

Reforço do financiamento do SUS: É urgente a revisão do arcabouço fiscal que limita os investimentos em saúde pública. A EC 95/2016 demonstrou-se

inadequada para contextos de crise sanitária, restringindo a capacidade do Estado de expandir sua resposta em momentos críticos.

Fortalecimento das políticas públicas estruturantes: A judicialização decorre, em grande medida, da ausência ou da má execução de políticas públicas. Investimentos em atenção básica, planejamento de longo prazo e coordenação federativa são essenciais para reduzir as demandas judiciais.

Capacitação técnica do Judiciário: A criação e ampliação dos Núcleos de Apoio Técnico (NATs) podem auxiliar juízes a decidirem com base em evidências científicas e critérios clínicos, evitando decisões que gerem efeitos colaterais negativos para o sistema de saúde.

Promoção da equidade no acesso à Justiça: É necessário expandir os serviços da Defensoria Pública e incentivar mecanismos alternativos de resolução de conflitos, especialmente nas regiões mais vulneráveis, onde a população encontra barreiras para judicializar suas demandas.

Sistematização de dados abertos sobre judicialização: O acesso a informações atualizadas e detalhadas sobre os processos judiciais relacionados à saúde é fundamental para subsidiar pesquisas, orientar políticas públicas e aumentar a transparência do sistema de Justiça.

A pandemia foi um catalisador de transformações institucionais e sociais que ainda estão em curso. A judicialização da saúde, nesse contexto, funcionou como válvula de escape para um sistema colapsado, mas também como alerta para a necessidade de repensar as bases do pacto social brasileiro. Um Estado Democrático de Direito que se compromete com a dignidade da pessoa humana não pode admitir que o acesso ao tratamento médico dependa da judicialização individualizada. É preciso investir em soluções coletivas, universais e sustentáveis.

Por fim, esta tese reforça que o direito à saúde, enquanto direito fundamental de segunda geração, demanda ações estatais concretas, planejamento estratégico, financiamento adequado e participação social. O enfrentamento da judicialização não se dá pelo esvaziamento da via judicial, mas pela construção de um sistema de saúde forte, eficiente e inclusivo, que reduza as desigualdades e promova, de fato, a justiça social. Que a crise sanitária provocada pela COVID-19 sirva como lição e ponto de inflexão para a reconstrução de um modelo de desenvolvimento mais humano, justo e solidário.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

BARROSO, Luís Roberto. O Estado Constitucional no Brasil e a crise das políticas públicas. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, Belo Horizonte, v. 31, n. 3, p. 11-34, set./dez. 2021.

BEDFORD, J.; ENRIA, D.; GIESECKE, J. et al. Covid-19: rumo ao controle de uma pandemia. **Lancet**, v. 28, n. 395(10229), p. 1015-1018, 2020. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30673-5.2020.

BIEHL, J.; AMON, J. J.; SOCAL, M. P. When rights travel: judicial activism and health inequalities in Brazil. **Health and Human Rights Journal**, v. 23, n. 2, p. 87–99, 2021.

BIEHL, J.; AMON, J. J.; SOCAL, M. P.; PETRYNA, A. Between the court and the clinic: Lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. **Health and Human Rights**, v. 14, n.1, p. 36-52, 2012.

BIEHL, João; SANTOS, Alexandra; APPELBAUM, Paul. Judicialisation of the right to health in Brazil. **The Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2182–2184, 2009. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61134-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61134-5).

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2020.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Revista de direito sanitário da Comissão da Saúde**. Saúde e Ministério Público: desafios e perspectivas, n. 1. Sandra Krieger Gonçalves (org.) - Brasília: CNMP, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Coronavírus. **Ministério da Saúde**. 2020b. Disponível em: <https://www.coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Governo do Estado do Ceará. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/PES-20-23-Atualizado.pdf>. Acesso em: fev, 2023.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Portaria interministerial no 9, de 27 de maio de 2020**. vol. 101. 2020. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=PRT&numero=9&ano=2020&data=27/05/2020&ato=ee2UzYq5EMZpWT613>. Acesso em: 21 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o tratamento medicamentoso da COVID-19**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/diretrizes_brasileiras_para_tratamento_medicamentoso_a_mbulatorial_do_paciente_com_covid-19_recomfinal.pdf. Acesso em: 21 fev. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. 2020a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CABLE NEWS NETWORK - CNN. **Maioria dos brasileiros vive em áreas abaixo da meta da OMS de UTIs públicas**. 2020. Disponível em: [Maioria dos brasileiros vive em áreas abaixo da meta da OMS de UTIs públicas \(cnnbrasil.com.br\)](https://www.cnnbrasil.com.br/maioria-dos-brasileiros-vive-em-areas-abaixo-da-meta-da-oms-de-utis-publicas), 2020. Acesso em: 15 fev. 2023.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - CNES. **RECURSOS FÍSICOS - HOSPITALAR - LEITOS DE INTERNAÇÃO - BRASIL**. 2023. Disponível em: [TabNet Win32 3.0: CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação - Brasil \(datasus.gov.br\)](https://datasus.gov.br/TabNetWin3230/CNES-RecursosFisicos-Hospitalar-LeitosdeInternacao-Brasil). Acesso em: 12 fev. 2023.

CÂMARA, M. S. *et al.* **Análise espacial de eventos. Análise espacial de dados geográficos**. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária Cerrados (Embrapa Cerrados), Planaltina, Distrito Federal, pag. 53–122, 2004.

CARDOSO T. Campanha de desinformação sobre vacina contra covid avança com testes no Brasil. São Paulo: **Jornal da USP**; 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/campanha-de-desinformacao-sobre-vacina-contracovid-avancacom-testes-no-brasil/>. Acessado em: 10 fev. 2023.

CARVALHO, M. S. *et al.* Análise de dados de área. *In*: DRUCK S, C.; CÂMARA, G.; CRUZ, O.C.; CHAVES, T. S. S.; BELLEI, N. SARS-CoV-2, o novo Coronavírus: uma reflexão sobre a Saúde Única (One Health) e a importância da medicina de viagem na emergência de novos patógenos. **Revista de Medicina**, v. 99, n. 1, 2020.

CASTRO, C. R. A.; TEIXEIRA, T. R. A.; LIMA, L. D. Justiça e desigualdade: determinantes socioeconômicos da judicialização da saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 31, p. 498–511, 2021.

CASTRO, M. C. *et al.* Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil. **Science**, v. 372, n. 6544, p. 821–826, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.abd2161>.

CASTRO, R.; BARBOSA, P. R. Acesso à justiça e desigualdades sociais: o papel da judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito Público**, v. 17, n. 90, p. 155-178, 2020.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G. Judicialização e saúde: entre direitos e iniquidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, e00024321, 2021.

CHAVES, G. C.; SILVA, R. M.; LUZ, T. M. Judicialização da saúde e desigualdade social: um olhar crítico sobre o acesso à justiça. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 2, p. 749–772, 2021.

CLIFF, A. D.; ORD, J. K. **Spatial Processes** (London: Pion). Google Scholar, 1981.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Justiça em Números 2023**.

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY. **Desinformação, desinformação e propaganda: notícias falsas**. 2023. Disponível em: [Fake News - Desinformação, Desinformação e Propaganda - LibGuides na Universidade de Cornell](#). Acesso em: 12 fev. 2023.

CORREA, V. **Análise espacial de dados de geográficos**. Brasília: Empresa Brasileira de Pesquisa Agrapecúria, p. 157-209, 2004.

COSTA, B.F.; OLIVEIRA, F. M. Judicialização da saúde em tempos de pandemia: análise de causas e consequências. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. 543-558, 2020.

COSTA, M. D.; LOPES, A. C.; TEIXEIRA, S. L. Impactos educacionais da pandemia da COVID-19 no Brasil: desigualdades ampliadas e desafios futuros. **Cadernos de Pesquisa**, v. 53, 2023.

COSTA, Nilson do Rosário *et al.* Judicialização da saúde no Brasil: perfil dos demandantes, ações e demandas judiciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, e00099920, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00099920>.

COTRIM JUNIOR, Dorival Fagundes; CABRAL, Lucas Manoel da Silva. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. 2020, **Physis: Revista da Saúde Coletiva**. Disponível em <[SciELO - Brasil - Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais](#)>. Acesso em: 23 fev. 2023.

CRESSWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

CRUZ Jr, G. Pós-verdade: a nova guerra contra os fatos em tempos de fake news. **ETD Educ Temat Digit**. v. 21, n. 1, p. 278-284, 2019. Doi: 10.20396/etd.v21i1.8652833.

CUCHI, MARISTELA. **HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: avaliação da percepção do profissional de um hospital público em Mato Grosso.** 2003.

CUCUNUBÁ, Z. M. *et al.* COVID-19 in Colombia: a Bayesian model-based estimation of cases and deaths. **MedRxiv**, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.12.20129297v2.full>. Acesso em: 23 abr. 2023.

DE ALMEIDA, E. M. **Novo Coronavírus (Covid-19) e a Judicialização da Saúde no Brasil em tempos de enfrentamento à crise e medidas emergenciais.** 2020.

DFNDR lab. **Relatório da segurança digital no Brasil: segundo trimestre - 2018.** Disponível em: <https://www.psafec.com/dfndr-lab/wp-content/uploads/2018/08/dfndr-lab-Relat%C3%B3rio-daSeguran%C3%A7a-Digital-no-Brasil-2%C2%BA-trimestre-de-2018>. Acesso em: 12 fev. 2023.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; VARGAS-PELAEZ, C. M. Judicialização da saúde no Brasil: padrões regionais e desigualdades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1411-1420, 2020.

DINIZ, Débora; MELO, Michele; BARBOSA, Livia. Judicialização da saúde em tempos de pandemia: desigualdades e disputas. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 12, p. 1-8, 2021.

DITTRICH, R.; CUBILLOS, L.; GOSTIN, L.; LI, R.; CHALKIDOU, K. The international right to health: what does it mean in legal practice and how can it affect priority setting for universal health coverage? **Health Syst Reform**. v. 2, n. 1, p. 23-31, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220045>.

DRESCH, R. L. A garantia de acesso à saúde e as regras de repartição da competência entre os gestores. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 19- 44, 2015.

DUARTE, M. A.; NORONHA, J. C. Acesso à justiça e desigualdades regionais no Brasil: uma análise da judicialização da saúde. **Revista Brasileira de Estudos de Políticas Públicas**, 12(2), 223–241, 2022.

ESCOLA SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Pandemia da Covid-19: reflexões sobre a sociedade e o planeta.** [recurso eletrônico] / Organizador: Eduardo Cambi. — Documento eletrônico. — Curitiba, 2020.

FARIAS, R. A. *et al.* Judicialização da saúde como indicador de falhas sistêmicas: perspectivas a partir da pandemia de COVID-19. **Revista Direito Público**, 2023.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P.; SILVA, P.; CHAN, B. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões.** São Paulo: Campos Elsevier, 2009.

FELISONI, A. C. *et al.* Séries temporais e redes neurais: uma análise comparativa de técnicas na previsão de vendas do varejo brasileiro. **BBR-Brazilian Business Review**, v. 8, n. 2, 2011.

FERREIRA, J. A.; LOPES, M. D. Capital social e acesso à justiça em saúde: determinantes da judicialização no Brasil. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, p. 112–129, 2023.

FERREIRA, L. A.; SOUZA, J. M. Análise espacial da COVID-19 e indicadores socioeconômicos no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200058, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200058>.

FIGUEIREDO, Iara Veloso Oliveira *et al.* Judicialization of administrative measures to tackle the COVID-19 pandemic in Brazil. **Revista do Serviço Público**, v. 71, p. 189–211, 2020.

FIORATI, R. C. *et al.* Desigualdade no acesso à UTI e judicialização em tempos de pandemia. **Saúde e Sociedade**, 2022.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-10, 2017.

FONSECA, G. A.; SANTOS, W. S. Políticas públicas e a pandemia de Covid-19 no Brasil: uma reflexão sobre a necessidade de garantia de direitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

FREITAS, S. R. **Judicialização do direito à saúde**: análise do impacto para a administração pública das demandas por medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos. Monografia. Universidade de Brasília – UnB, Brasília, Brasil, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**. 2021b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 21 fev. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **O que é uma pandemia**. 2021a. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 21 fev. 2023.

GALHARDI C. P. *et al.* Fato ou fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da COVID19 no Brasil. **Cienc Saude Colet**. v. 25(Suppl 2), p. 4201-4210, 2020. Doi: 10.1590/1413-812320202510.2.28922020 20.

GOMES, M. F. S.; CUNHA, G. M. Políticas públicas de saúde e o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 1, p. 1-17, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/54609>.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. **MULTIVARIATE DATA ANALYSIS**. Cengage Learning, 2019.

HAMLETT, J. M.; HORTON, R.; CRESSIE, N.A.C. Resistant and exploratory techniques for use in semivariogram analyses. **Soil Science Society of America Journal**, v. 50, n. 4, p. 858-875, 1986.

HAYKIN, S. **Neural Networks: a comprehensive foundation**. 2. ed. New York: Macmilan College, 1994. 696 p.

IPEA. **Desigualdades Socioeconômicas e Territoriais na Incidência e na Mortalidade por COVID-19 no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/2020/06/desigualdades-socioeconomicas-e-territoriais-na-incidencia-e-na-mortalidade-por-covid-19-no-brasil>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 3, 2020.

LAUTENSCHLÄGER, M. F. A. C. **A pandemia do covid-19 e os limites da intervenção judicial nos contratos**. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2020/4/DBAFF2B04AB6B4_intervjudicialcontratos_mfl.pdf.

LEÃO, J. C. Political polarization at the time of the coronavirus: A Brazilian's view. **Oral Diseases**, v. 27, n. S3, 2020. DOI: odi.13406. doi:10.1111/odi.13406.

LIMA, J. H. R.; ALMEIDA, V. T.; CARVALHO, L. P. Acesso a recursos hospitalares e a redução da judicialização da saúde no contexto da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1927-1938, 2022.

MAGALHÃES, José Luiz **Quadros de. Políticas Públicas: Formação, Implementação e Avaliação**. 4ª ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2018.

MAYRING, P. **Qualitative content analysis**: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Klagenfurt, 2014. 144p.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, C. F. Judicialização da saúde e suas implicações para o sistema público: um estudo comparativo entre estados brasileiros. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 55, n. 3, p. 245-260, 2021.

MEDEIROS, André de Macedo; CÉSAR, Maria Rita de Assis. Negação da Política e Negacionismo como Política: pandemia e democracia. **Rev. Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, e109146, 2020.

MEDEIROS, Elenson Gleison de Souza *et al.* Negacionismo na pandemia: a virulência da ignorância. **PERSPECTIVAS EM DIÁLOGO: Revista de Educação e Sociedade**, 2022.

Oliveira, C. R. *et al.* Judicialização da saúde durante a pandemia: análise das demandas por medicamentos no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, 2021.

OLIVEIRA, F. T.; LIMA, J. R. Avanços na gestão pública da saúde e redução da judicialização: o papel da atenção básica e da expansão hospitalar. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 4, p. 455-472, 2023.

OLIVEIRA, L. A.; LIMA, L. D. Judicialização da saúde no Brasil: determinantes sociais, desigualdades regionais e a seletividade do acesso à justiça. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, e123456, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. 2010. Disponível em: [untitled \(who.int\)](#). Acesso em: 16 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicação de risco e engajamento comunitário prontidão e resposta à doença pelo coronavírus (COVID-19): orientações provisórias**. 19 de março de 2020. Genebra, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-initial-response-for-novel-coronaviruses-\(-ncov\)](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-initial-response-for-novel-coronaviruses-(-ncov)). Acesso em: 23 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientações sobre a doença pelo coronavírus (COVID-19) para o público em geral**. [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em: 23 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Public health policy**. Geneva: WHO, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DA SAÚDE - World. **30ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA**. 2022. Disponível em: [csp30-inf-1-p-covid-19-rev1 \(paho.org\)](#). Acesso em: 16 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**. 2022. Disponível em: [Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](#). Acesso em: 24 fev. 2023.

PAULA, L. G.; ANDRADE, M. V.; MARTINS, D. R. Escolaridade, acesso à informação e judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 56, n. 4, p. 613–636, 2022.

PAULINO, A. S.; SANTOS, A. L. Desigualdades e judicialização: o acesso à justiça no Brasil contemporâneo. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 3, p. 1524–1543, 2021.

PENNA, Maria Lúcia Fernandes *et al.* Public Health Policy and the COVID-19 Pandemic in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 86, 2021. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102021000100301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2023.

PEREIRA, J. R. *et al.* Determinantes sociais e desigualdades no acesso à justiça: desafios para a efetivação dos direitos no Brasil. **Revista Direito Público**, v. 19, n. 2, p. 49–70, 2022.

PEREIRA, M. R. Políticas públicas no Brasil em tempos de pandemia: uma análise crítica. **Revista da Associação Brasileira de Psicologia Política**, São Paulo, v. 23, n. 51, p. 214-224, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbppol/a/5WgZ8zvYTMFzbsPkg2xLWz9/>. Acesso em: 27 abr. 2021.

PEREIRA, P. P. **Políticas públicas no Brasil: conceitos, processos e análises**. Atlas, 2019.

PULIDO, C. M. *et al.* A new application of social impact in social media for overcoming fake news in health. **Int J Environ Res Public Health**.v. 17, n. 7, p. 2430, 2020. Doi: 10.3390/ijerph17072430,

RIBEIRO, Higor Vinicius; OLIVEIRA, André Luis Silva de. A falta de coordenação na resposta à pandemia da Covid-19 no Brasil: uma análise sob a ótica da federalização. **Revista Direito e Práxis**, v. 11, n. 2, p. 596-620, 2020.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Acesso à Justiça e Judicialização da Saúde: uma análise territorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020.

RIBEIRO, P. J. J.; KLOSTERMANN, G. S. Índice de Moran para verificações de dependência espacial com aplicações ao IDH dos municípios paranaenses. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 3, p. 62-75, 2012.

ROCHA, Natália de Castro *et al.* Infecção por COVID-19 no Brasil: estudo descritivo das características epidemiológicas e da assistência prestada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1339-1352, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000401339&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2023.

RODRIGUES, R. M.; ALMEIDA, T. B.; SANTOS, L. C. Capacidade institucional e judicialização da saúde: um estudo comparado entre regiões brasileiras. **Revista Direito e Práxis**, v. 13, n. 2, p. 914–937, 2022.

RÔMANY, I. **Na pandemia, criminosos usam falsas ofertas e benefícios para aplicar golpes**. Rio de Janeiro: Lupa; 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/07/21/coronaverificado-golpes-pandemia/> Acesso em: 15 fev. 2023.

RUA, A. **Necropolítica seguido de Sobre el governo privado indirecto**. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Melusina, 2011.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2016.

SANTOS, Aline Maria; FERRARI, Débora Cristina; JACINTHO, Taís Mara. Políticas públicas de saúde no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 12, n. 3, p. 1-7, 2021.

SANTOS, L. M. *et al.* A pandemia e as consequências para os atendimentos não-COVID no SUS: uma análise temporal da judicialização. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023.

SANTOS, R.M. Aplicação de estruturas de dados espaciais eficientes na estimação de intensidade de processos pontuais. **Brazilian Symposium on Geoinformatics-GEOINFO**, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 14 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 14 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2017.

SARMENTO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang. **Direitos fundamentais e reserva do possível**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SARMENTO, Daniel; SCHMITT, Ricardo; SOARES, Ingrid. **Direitos humanos e Covid-19: as consequências da pandemia na promoção e proteção dos direitos humanos**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

SCHEREN, Gilvane; WERNKE, Rodney; ZANIN, Antonio. Proposta de indicadores financeiros sobre a judicialização da saúde no município de Chapecó (SC). **Revista Catarinense da Ciência Contábil**, v. 17, n. 50, 2018.

SEBASTIANI, R.; OLIVEIRA, F. P. Planejamento e governança como barreiras à judicialização da saúde no Brasil: evidências de boas práticas estaduais. **Revista Gestão em Saúde Pública**, v. 10, n. 2, p. 77–92, 2024.

SHARMA, M. L.; GANDER, G. A.; HUNT, C. G. Spatial variability of infiltration in a watershed. **Geoderma**, Amsterdam, v.45, p.101-122, 1996.

SILVA, A. R.; COSTA, M. H. Desigualdade e judicialização da saúde: um estudo das regiões Norte e Nordeste brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00041221, 2022.

SILVA, D. F. *et al.* Justiça e desigualdade no Brasil: um panorama das ações judiciais e seus determinantes socioeconômicos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 11, n. 1, p. 88–109, 2021.

SILVA, F. S.; ALMEIDA, P. R.; MOREIRA, A. S. Associação espacial da COVID-19 e indicadores socioeconômicos no estado do Amazonas, Brasil. **Revista de Saúde Pública do Amazonas**, v. 9, n. 2, p. 45–53, 2021.

SILVA, João. **A importância da colaboração e coordenação na criação de políticas públicas na pandemia de COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/52941-a-importancia-da-colaboracao-e-coordenacao-na-criacao-de-politicas-publicas-na-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 23 abr. 2023.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros Editores, 2020.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2018.

SILVA, Júlia M.; COSTA, Rodrigo P. Judicialização da saúde e mortalidade por COVID-19: uma análise regional durante a crise sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 719-732, 2023.

SILVA, L. B. *et al.* Colapso hospitalar e judicialização de leitos de UTI no Brasil durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, 2022.

SILVA, Maísa Arantes da. **Atuação dos profissionais de enfermagem durante o processo transfusional na UTI de um hospital universitário**. 2008. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.

SILVA, M. A.; SANTOS, R. L. Colapso hospitalar e judicialização da saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Direito & Saúde**, v. 22, n. 3, p. 12-30, 2021.

SILVA, Mariana R. *et al.* Impacto da pandemia de COVID-19 na judicialização da saúde no Brasil: análise temporal e regional. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 120-135, 2022.

SILVA, R. A.; ALMEIDA, L. M. Barreiras econômicas ao acesso à justiça: uma análise regional. **Revista Direito e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 55–74, 2022.

SILVA, R. M.; SANTOS, M. F.; OLIVEIRA, A. L. Desigualdade de renda e padrão espacial da COVID-19 em capitais brasileiras: uma análise ecológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220045, 2022.

SOUZA, L. A.; RIBEIRO, M. C. Educação e participação jurídica: o papel da escolaridade na judicialização da saúde. **Revista Brasileira de Sociologia do Direito**, v. 9, n. 1, p. 88–105, 2023.

SWIRE-THOMPSON, L. D. Public health and online misinformation: challenges and recommendations. **Annu Rev Public Health**. v. 41, p. 433-451, 2020. Doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094127.

TEIXEIRA, L. F.; GOMES, A. L.; SANTOS, C.M. Fragilidade hospitalar e desigualdade regional na mortalidade por COVID-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, p. 89-104, 2022.

TERRELL, S. R. **Writing a Proposal for Your Dissertation: Guidelines and Examples**. New York: The Guilford Press, NY, USA, 2016. 320 p.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PARANÁ. **O perigo das fake news**, 2023. Disponível em: [O perigo das fake news - Notícias - TJPR](#). Acesso em: 15 fev. 2023.

UNICEF. **Cenário da exclusão escolar no Brasil** – um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na educação. Brasília: UNICEF Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil>.

VENTURA, M. et al. Direito à saúde e acesso à justiça: desigualdades regionais na judicialização no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 2023.

VENTURA, M.; CARVALHO, M. S.; SANTOS, I. S. Acesso à justiça como determinante da saúde: desafios para a equidade no SUS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, supl. 1, 2023.

VIANA, A. L. D. *et al.* A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018.

VIEIRA, F. S.; DALLARI, S. G. Desigualdades no acesso à justiça e a judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, e00098720, 2021.

VIEIRA, Marcelo de Mello. Considerações sobre microssistemas jurídicos: definição e importância à luz do direito civil-constitucional brasileiro. **Revista Juris Plenum**, ano 16, n 91, p. 131-150, jan. 2020.

WANG, Daniel Wei Liang. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 54, 2019.

WILSON, Fiona *et al.* Covid-19 in Brazil: "So what?". **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461-1462, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext). Acesso em: 23 abr. 2023.

WORLD BANK GROUP. **Brazil Poverty and Equity Assessment Looking ahead of two crises**. 2022. Disponível em: [World Bank Document](#). Acesso em: 13 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2023. Disponível em: [Painel da OMS sobre o coronavírus \(COVID-19\) | Painel da OMS sobre coronavírus \(COVID-19\) com dados de vacinação \(who.int\)](#). Acesso em: 14 fev. 2023.

ZHU, N. *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 382, p. 727-733, february, 2020.