



## Artigo

**Desjudicialização da saúde e diálogos interinstitucionais em Minas Gerais: a análise do Acordo de Cooperação Técnica para a gestão dos medicamentos Ranibizumabe e Aflibercept**

Dejudicialization of Health and Interinstitutional Dialogur in State of Minas Gerais: an analysis of thé Technical cooperation agreemenet for thR of Ranibizumab and Aflibercept

Desjudicialización de la salud y diálogos interinstitucionales en Minas Gerais: un análisis del Acuerdo de Cooperación Técnica para la gestión de los medicamentos Ranibizumab y Aflibercept

**Maria Cecília de Almeida Castro<sup>1</sup>**

Advocacia Geral do Estado de MG, Belo Horizonte, MG.

 <https://orcid.org/0009-0008-2105-2041>

✉ [maceciliacastro@hotmail.com](mailto:maceciliacastro@hotmail.com)

**Felipe Tristão Silva Netto<sup>2</sup>**

Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte, MG.

 <https://orcid.org/0009-0003-9494-4159>

✉ [felipetristaobh@gmail.com](mailto:felipetristaobh@gmail.com)

**Fausto Pereira dos Santos<sup>3</sup>**

Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG.

 <https://orcid.org/0000-0001-7100-6918>

✉ [fausto.pereira@fiocruz.br](mailto:fausto.pereira@fiocruz.br)

**Mônica Silva Monteiro de Castro<sup>4</sup>**

Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG.

 <https://orcid.org/0000-0003-2461-3699>

✉ [monica.castro@fiocruz.br](mailto:monica.castro@fiocruz.br)

**Iara Veloso Oliveira Figueiredo<sup>5</sup>**

Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG.

 <https://orcid.org/0000-0002-0927-859X>

✉ [iaravof@gmail.com](mailto:iaravof@gmail.com)

Submissão em: 19/03/24

Revisão em: 16/08/24

Aprovação em: 01/09/24

**Resumo**

**Objetivo:** compreender a judicialização da saúde no Brasil e analisar, na perspectiva da desjudicialização da saúde, o Acordo de Cooperação Técnica, firmado em 02 de dezembro de 2021,

<sup>1</sup> Mestra em Direito Público, Pontifícia Universidade Católica, Belo Horizonte, MG, Brasil. Procuradora do Estado, Advocacia Geral do Estado de MG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Mestre em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica, Belo Horizonte, MG, Brasil. Superintendente da Judicialização da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Pesquisador, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Pesquisadora, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG, Brasil. Pesquisadora, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG, Brasil.

entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais e a Defensoria Pública Estadual de Minas Gerais para a gestão dos medicamentos Ranibizumabe e Aflibercept. **Método:** realizou-se revisão narrativa da literatura sobre a judicialização da saúde e um estudo exploratório baseado em análise documental dos antecedentes do Acordo de Cooperação Técnica. **Resultados e discussões:** a autocomposição e solução consensual de conflitos por parte da Administração Pública possui amplo respaldo legal e, no atual cenário jurídico e administrativo, é o meio mais eficaz e eficiente para concretizar o interesse público subjacente, notadamente o direito à saúde, promovendo sua desjudicialização. Esse cenário aponta para o potencial de novas soluções, entre elas a implementação de diálogos interinstitucionais, como é exemplo o Acordo de Cooperação Técnica estudado, o qual projeta-se poder servir de embrião para uma tendência permanente na gestão da judicialização da saúde no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Considerações finais:** o acordo de cooperação estudado tem grande potencial para a desjudicialização das ações com pedidos dos medicamentos oftalmológicos, além de outros cujas incorporações forem propostas em seu bojo. Ele também promove a atuação sinérgica e convergente dos atores que atuam na judicialização. A perspectiva é que, a partir desse marco, estas ações judiciais diminuam e os pacientes passem a ser atendidos pela via de fornecimento administrativo do Sistema Único de Saúde. **Palavras-chave:** Direito Sanitário; Sistema de Justiça; Judicialização da Saúde.

## Abstract

**Objective:** to understand the judicialization of health in Brazil and analyze, from the perspective of health de-judicialization, the Technical Cooperation Agreement signed on December 2, 2021, between the State Health Department of Minas Gerais, the State Attorney General's Office of Minas Gerais, and the State Public Defender's Office of Minas Gerais for the management of the medications Ranibizumab and Aflibercept. **Method:** a narrative review of the literature on the judicialization of health and an exploratory study based on documentary analysis of the antecedents of the Technical Cooperation Agreement were carried out. **Results and discussions:** Self-composition and consensual resolution of conflicts by the Public Administration has broad legal support and, in the current legal and administrative scenario, is the most effective and efficient means of realizing the underlying public interest, notably the right to health, promoting its dejudicialization. This scenario points to the potential for new solutions, including the implementation of interinstitutional dialogues, such as the Technical Cooperation Agreement studied, which is expected to serve as the embryo for a permanent trend in the management of the judicialization of health within the scope of State Health Department of Minas Gerais. **Final considerations:** the cooperation agreement studied has great potential for the dejudicialization of actions with requests for ophthalmological medicines, in addition to others whose incorporations are proposed within it. It also promotes synergistic and convergent action by actors involved in judicialization. The perspective is that, from this milestone, these legal actions will decrease and patients will begin to be served through the United Health System administrative supply route.

**Keywords:** Health Law; Justice System; Health Judicialization.

## Resumen

**Objetivo:** comprender la judicialización de la salud en Brasil y analizar, desde la perspectiva de la desjudicialización de la salud, el Acuerdo de Cooperación Técnica firmado el 2 de diciembre de 2021 entre la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais, la Procuraduría General del Estado de Minas Gerais (AGE-MG) y la Defensoría Pública Estatal de Minas Gerais para la gestión de los medicamentos Ranibizumab y Aflibercept. **Método:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre la judicialización de la salud y un estudio exploratorio basado en un análisis documental de los antecedentes del Acuerdo de Cooperación Técnica. **Resultados y discusiones:** La autocomposición y resolución consensuada de conflictos por parte de la Administración Pública tiene un amplio respaldo

legal y, en el actual escenario jurídico y administrativo, es el medio más eficaz y eficiente para realizar el interés público subyacente, en particular el derecho a la salud, promoviendo su desjudicialización. Este escenario apunta al potencial de nuevas soluciones, incluida la implementación de diálogos interinstitucionales, como el Acuerdo de Cooperación Técnica estudiado, que se espera sirva como embrión de una tendencia permanente en la gestión de la judicialización de la salud en el ámbito de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais. **Consideraciones finales:** el convenio de cooperación estudiado tiene un gran potencial para la desjudicialización de acciones con solicitudes de medicamentos oftalmológicos, además de otras cuyas incorporaciones se proponen dentro del mismo. También promueve acciones sinérgicas y convergentes por parte de los actores involucrados en la judicialización. La perspectiva es que, a partir de este hito, esas acciones legales disminuyan y los pacientes comiencen a ser atendidos a través de la vía administrativa de abastecimiento del Sistema de Salud Unido.

**Palabras clave:** Ley de Salud; Sistema de justicia; Judicialización de la Salud.

## Introdução

No Brasil, a relação entre o direito e a saúde ganhou o atual contorno a partir da Constituição da República de 1988 (CF/88), fruto de amplos debates entre a sociedade civil e o Estado. Decorre disso a progressiva constitucionalização que os direitos sociais brasileiros passaram a ter a partir do final da década de 1980, o que, associado aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez com que eles fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação<sup>(1)</sup>.

Sobre o direito à saúde, definido como um direito fundamental de caráter social pela CF/88, Aith<sup>(2)</sup> ensina que os três Poderes de Estado atuam para sua efetivação, destacando que ao Judiciário compete analisar as demandas individuais e coletivas para assegurar o acesso a esse direito.

A judicialização da saúde iniciou nos anos de 1990, com as demandas judiciais em massa com pedidos para tratamento dos portadores do vírus AIDS, e deferimento em massa pelo judiciário, o que impactou em uma política de tratamento de AIDS no Brasil de referência mundial<sup>(3)</sup>. Desde o final da década de 1990, a judicialização da saúde começou a apresentar problemas, pois seu crescimento tornou-se uma epidemia, além da isolada atuação do Judiciário, sem diálogo com o Executivo para compreensão dos problemas e com imposição de medidas obrigatórias aos gestores<sup>(4)</sup>. A judicialização pode ser um fenômeno positivo e virtuoso, de garantia da saúde, afirmação dos direitos sociais e promotor de políticas e incorporação tecnológica, mas também um fenômeno com lacunas e efeitos negativos, como a interferência nas políticas públicas e oneração do sistema<sup>(5)</sup>.

Para melhor lidar com a judicialização surgiram os Núcleos de Assessoria Técnica (NATs), que foram implementados para prover suporte técnico em saúde aos magistrados, estratégia que apresenta a face da judicialização do aprimoramento técnico do processo e das decisões judiciais<sup>(6)</sup>.

Paralelamente à implementação dos NATs, surgiram, no país, vários instrumentos para efetivamente retirar do arbitramento judicial as ações envolvendo o direito sanitário. Exemplo disso são as iniciativas de diálogos interinstitucionais, criação de comitês e de instâncias de autocomposição, todos voltados à temática da saúde e sua desjudicialização, o que demonstra que os recursos extrajudiciais também são legítimos para resolver as lides da saúde.

É na perspectiva da desjudicialização da saúde que o presente artigo objetiva estudar o Acordo de Cooperación Técnica firmado, em 02 de dezembro de 2021, entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), a Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais (AGE-MG) e a Defensoria Pública Estadual de Minas Gerais (DPE-MG), com vistas à incorporação ou elaboração de protocolos de fornecimento e administração provisórios, via Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), dos medicamentos

oftalmológicos Ranibizumabe e Aflibercept, itens farmacológicos com altos índices de judicialização no Estado de Minas Gerais (MG); entendido esse instrumento como reforço do diálogo interinstitucional entre entidades como a SES, a AGE e a DPE-MG<sup>(7)</sup>.

Justifica-se a escolha do tema ao fato de o instrumento dialógico interinstitucional, a ser estudado, ser potencialmente eficaz para reduzir a litigiosidade relativa ao fornecimento de medicamentos altamente demandados no estado de MG.

## Metodologia

O percurso metodológico adotado compreendeu dois momentos complementares. Inicialmente, realizou-se uma revisão narrativa da literatura sobre a judicialização da saúde e as soluções extrajudiciais para a desjudicialização. A partir desse referencial teórico, foi realizado um estudo exploratório baseado na análise documental dos antecedentes do Acordo de Cooperação Técnica firmado, em 02 de dezembro de 2021, entre a SES-MG, a AGE-MG e a DPE-MG, com vistas à incorporação ou elaboração de protocolos de fornecimento e administração provisórios, via CFT, dos medicamentos oftalmológicos Ranibizumabe e Aflibercept<sup>(7)</sup>.

Enquanto uma revisão narrativa, este artigo visa descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” da judicialização da saúde no Brasil sob o ponto de vista teórico, com enfoque na desjudicialização da saúde, a partir do mapeamento da produção científica mais relevante sobre o tema, publicada em livros, artigos de revistas impressas ou eletrônicas<sup>(8)</sup>.

Delimitado o referencial teórico da judicialização da saúde no Brasil, com enfoque na desjudicialização, o presente artigo voltou-se para um estudo exploratório centrado na análise documental do Acordo de Cooperação Técnica, focando a investigação sobre esse instrumento específico e sua contextualização no mundo real<sup>(9)</sup>. Foram analisados, ainda, vários documentos complementares que compõem os antecedentes do instrumento de cooperação em estudo, como atos normativos, pareceres técnicos e atas de consultas públicas.

O que se perseguiu no presente estudo foi a compreensão de todo o contexto fático e jurídico em que se deu a celebração do citado acordo, como o condão de que sirva como um importante instrumento de desjudicialização no âmbito do Estado de MG.

## Resultados

### *A judicialização da saúde no Brasil*

Como um direito fundamental e social previsto constitucionalmente no art. 5º, §1º, CF/88<sup>(1)</sup>, o direito à saúde no Brasil possui aplicabilidade imediata e se caracteriza por exigir do Estado ações progressivas e concretas para sua promoção, proteção e recuperação. Além disso, no constitucionalismo brasileiro, o direito à saúde também apresenta contornos de direito subjetivo público, pois confere ao particular o poder de acionar o Estado para satisfazer seu interesse individual quando este coincidir com o interesse público<sup>(10)</sup>.

A progressiva constitucionalização que os direitos sociais brasileiros passaram a ter a partir da década de 1980, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez com que eles fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação. No Brasil, os três Poderes de Estado atuam para sua efetivação: o Poder Legislativo, ao elaborar as leis que o regulamentam e o protegem; o Poder Executivo, ao planejar, executar e gerir as políticas e as ações públicas de saúde; o Poder Judiciário, ao analisar as demandas individuais e coletivas que lhe são

submetidas para assegurar o acesso a esse direito, com destaque para o papel dos Poderes Executivo e Judiciário na construção do direito à saúde. A judicialização da saúde iniciou no Brasil nos anos de 1990, por meio das demandas em massa requerendo tratamento para os portadores do vírus HIV/AIDS e deferimentos também em massa pelo Judiciário, o que resultou na incorporação desse tratamento a uma política de saúde de referência mundial<sup>(3)</sup>. É possível afirmar que essa política de saúde foi tão bem-sucedida que é uma das poucas a ter uma lei específica, a Lei nº 9.313/1996, garantindo acesso gratuito aos medicamentos para tratar a AIDS.

Até 1998, a judicialização da saúde era praticamente apenas para fornecimento de medicamentos para tratar a AIDS. Dois anos após a implantação da política de distribuição universal dos medicamentos, as demandas judiciais por saúde começaram a se diversificar, com a inclusão de pedidos de tratamento para outras doenças<sup>(11)</sup> e versando sobre os mais diversos pedidos<sup>(12)</sup>.

Entre as diversas ações judiciais sobre saúde que aportaram em massa no Poder Judiciário, destacam-se as inúmeras pelo fornecimento da substância “fosfoetanolamina”, em sua maioria deferidas pela Justiça. Essa substância foi apresentada pela imprensa vinculada à cura do câncer, a partir do relato de pessoas que, ao terem-na utilizado, se diziam curadas ou com melhoras significativas em seus quadros da doença<sup>(13)</sup>: daí seu apelido de “pílula do câncer”. Esse caso paradigmático ocorreu em decorrência de estudo realizado por um pesquisador da Universidade de São Paulo (USP) com a substância fosfoetanolamina, que começou a distribuí-la informalmente a pacientes voluntários portadores de câncer. Com o fim do fornecimento da substância por uma portaria da USP, os pacientes passaram a propor ações judiciais em massa para obtê-la<sup>(14)</sup>. Assim, as pílulas, sem a licença da Anvisa, começaram a ser distribuídas apenas por meio do Judiciário. Esse é um caso que representa o acesso ao Judiciário com base no direito universal à saúde, mas, também, com base em pedidos de medicamentos sem registro nos órgãos competentes. Segundo Figueiredo et al.<sup>(4)</sup>, a liberação, pelo judiciário, do uso de uma substância como a fosfoetanolamina, sem evidências científicas ou ensaios clínicos, demonstra a fragilidade jurídica e regulatória no Brasil, com potencial para criar um precedente danoso à saúde das pessoas, além de criar uma jurisprudência a favor da liberação de medicamentos não aprovados no Brasil. Para Teodoro e Caetano<sup>(15)</sup>, o interesse de indústrias farmacêuticas que fomentam associações de pacientes, advogados e sociedades médicas para mobilização da opinião pública, movidas pelo objetivo de tentar incorporar seus custosos produtos no mercado, revela o lado negativo da judicialização da saúde. Há uma parte da judicialização da saúde que não representa os interesses dos pacientes e sim da indústria farmacêutica e do mercado. A influência do complexo médico-industrial é movida por interesses do mercado econômico decorrentes da produção de insumos inovadores de alto custo. As novas tecnologias e descobertas científicas em saúde são altamente lucrativas, pois estão, em teoria, ligadas a um bem de valor incalculável, que é a vida<sup>(16)</sup>.

No bojo dessa discussão é importante citar o RE 566471/RN que formou o Tema 6 sobre o “dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo”<sup>(17)</sup>. Ainda não há trânsito em julgado, mas trouxe maiores complexidades sobre o tema da judicialização da saúde envolvendo o respeito ou não, pelo judiciário, do processo de incorporação tecnologias do SUS via CONITEC e a necessidade de avaliação de alguns requisitos para o deferimento do pleito.

Nesse cenário, pôde ser percebido que os juízes, geralmente, têm pouco ou nenhum conhecimento técnico sobre a matéria de saúde, resultando em julgamentos fundamentados no literal

direito à saúde previsto na primeira parte do art. 196 da Constituição de 1988. Fundamentado no argumento constitucional de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, inúmeros pedidos de ações, bens e serviços de saúde são judicialmente concedidos, sem a observância das políticas de saúde. Assim, quando não é feita uma interpretação ampliada do art. 196, o que ocorre é um privilégio das demandas de quem judicializa, o que vai na contramão do processo de construção do SUS como política pública social para a efetivação do direito à saúde pautada no princípio da equidade<sup>(18)</sup>.

Schulze<sup>(19)</sup> lembra que, ao julgar uma demanda de saúde, o juiz precisa enfrentar questões relativas à essencialidade do medicamento ou tratamento, fase de desenvolvimento e sua eficácia, se um tratamento é alternativo e não comprovado, se há alternativa terapêutica incorporada ao SUS. E Souza<sup>(20)</sup> acrescenta que “a falta de conhecimento técnico sobre a área da saúde por parte dos magistrados gera um nível de insegurança decisória preocupante”.

Sobre a intervenção do Poder Judiciário para a concretização deste direito, Schier e Schier<sup>(21)</sup> apontam o comprometimento de significativa parcela do orçamento público ocasionado pelas demandas judiciais, as divergências sobre o modo de gerir as políticas públicas e o orçamento da saúde, o incremento de custos, a reserva do possível e o mínimo existencial.

Para tentar sanar os efeitos negativos da judicialização da saúde, a Audiência Pública da Saúde nº 4 do STF, de 2009, resultou em recomendações para a criação dos NATs, órgãos de caráter consultivo compostos por diversos profissionais de saúde, implementados em vários estados da federação para fornecer suporte técnico em saúde aos magistrados e subsidiar o conhecimento necessário para melhor julgamento dos pedidos judiciais em saúde<sup>(22)</sup>.

A estratégia dos NATs mostrou-se ser importante ferramenta para ampliar a relação entre Executivo e Judiciário na busca de meios para maior equilíbrio do sistema<sup>(4)</sup> e uma alternativa de aprimoramento técnico do processo e das decisões judiciais. Apesar de ser uma iniciativa considerada de sucesso quando comparado o antes e o depois de sua atuação, o NAT é uma estratégia pós-processual, pois sua atuação pressupõe a existência de uma ação judicial e não evita o surgimento de novas demandas<sup>(4)</sup>. Os NATs, portanto, são uma estratégia relevante da judicialização da saúde, porém são necessárias novas estratégias voltada ao diálogo interinstitucional<sup>(23)</sup>.

Neste contexto, Silva e Schulman<sup>(24)</sup> sustentam que o caminho jurisdicional para requerer pretensões negadas em outras vias onera todo o sistema, torna-o complexo e aumenta as desigualdades, razão pela qual entendem ser necessário criar mecanismos inovadores não judiciais de solução de conflitos que dimensionem coerentemente o acesso à saúde e a proteção do público, mediante instrumentos de desjudicialização. Para tanto, suscitam as seguintes medidas: ampliação das vias não judiciais, facilitando o acesso, reduzindo gastos não destinados ao tratamento e aprimorando a saúde pública; adoção de câmaras de mediação; reforço do diálogo interinstitucional entre entidades como Defensoria Pública, Ministério Público, Secretaria de Saúde e NATs dos tribunais. Nesse ponto da discussão, adentra-se mais uma face da judicialização da saúde, por meio da qual pretende-se traçar os instrumentos ou mecanismos da desjudicialização da matéria em debate.

### *Desjudicialização da saúde no Brasil*

A desjudicialização se ampara na busca por soluções extrajudiciais para os conflitos e encontra respaldo nas lições que tratam das mutações do Direito Administrativo contemporâneo, atualmente assentado nas diretrizes do gerenciamento, da participação e da consensualidade. Nessa linha de

pensamento, Moreira Neto<sup>(25)</sup> defende que a participação e a consensualidade se tornaram decisivas para as democracias contemporâneas.

Sob a ótica do constitucionalismo brasileiro contemporâneo, Moraes<sup>(26)</sup> apresenta o princípio da juridicidade ou legalidade em sentido amplo, pela qual a Administração Pública não mais opera sob os parâmetros do legicentrismo ou da estrita legalidade, visto que a vinculação do administrador à lei foi substituída pela subordinação ao ordenamento jurídico como um todo, onde desponta a Constituição e seus princípios<sup>(27)</sup>. Assim, é inadequado falar em supremacia inexorável do interesse público sobre o particular, pois, na ponderação entre interesses públicos e interesses privados. Sarmiento<sup>(27)</sup> lembra que os direitos fundamentais despontam com absoluto destaque e centralidade. É na esteira do atual paradigma constitucional da Administração Pública que surge a possibilidade, em abstrato, de o gestor público participar de procedimentos autocompositivos e entabular acordos.

Nessa linha da consensualidade no Direito Administrativo, a Lei nº 13.140, de 2015, traz a autocomposição como meio de solucionar conflitos em que a Administração Pública participa como parte interessada, dizendo respeito tanto aos conflitos entre órgãos ou entidades da própria Administração, quanto entre pessoas jurídicas de direito público e particulares<sup>(28)</sup>. Igualmente, a Lei nº 13.105, de 2015 (Código de Processo Civil), adotou uma perspectiva de solução consensual dos conflitos e instituiu mecanismos para esse fim, incentivando a busca de meios alternativos para uma solução amigável das demandas em tempo razoável, de maneira cooperativa e visando ao bem comum<sup>(29)</sup>.

Em Minas Gerais, essa diretriz está prevista na Lei Estadual nº 23.172, de 2018, que fomenta a prevenção da judicialização de conflitos entre particulares e o estado pela utilização de meios consensuais<sup>(30)</sup>; bem como na Lei Complementar nº 151, de 2019, que dispõe sobre a estrutura orgânica da AGE-MG e contém dispositivo para promover, pela conciliação, mediação e outras técnicas de autocomposição, a solução dos conflitos, judicializados ou não, de interesse da Administração Pública estadual<sup>(30)</sup>. Com efeito, no estado mineiro, a estratégia da solução extrajudicial dos conflitos tomou forma com esta lei<sup>(27)</sup>, ao prever, no âmbito do Poder Executivo, algumas medidas destinadas a diminuir o número de ações judiciais que envolvam o estado, seja pelo não ajuizamento, não contestação ou não interposição de recurso por parte da AGE-MG, seja pela autocomposição de controvérsias públicas implementada pela Câmara de Prevenção e Resolução Administrativa de Conflitos (CPRAC).

Megna<sup>(32)</sup> entende que “(...) a consensualidade não oferece riscos aos princípios da legalidade, da indisponibilidade do interesse público ou da supremacia do interesse público”. Nesse mesmo sentido decidiu a Ministra Ellen Gracie o Recurso Extraordinário nº 253.885/MG, ao fixar a validade de uma transação sob o fundamento de que, apesar de o administrador público não ter a disponibilidade sobre os interesses dos quais é gestor, há casos em que o princípio da indisponibilidade do interesse público deve ser atenuado, quando se tem em vista que a solução adotada pela Administração é a que melhor o atenderá<sup>(33)</sup>.

Segundo Machado e Martini<sup>(34)</sup>, o contexto sócio-político brasileiro, norteado por uma Constituição dirigente, remodelou o papel do Judiciário com a conseqüente judicialização da política; mas essa intervenção deve ser excepcional e focar na natureza coletiva dos direitos materializados em políticas públicas, não podendo o Judiciário se furtar ao diálogo e decidir unilateralmente sobre elas. O paradoxo reside no fato de que, analisando a realidade nacional, constata-se que a judicialização da saúde não conseguiu dar uma resposta efetiva à sociedade, conforme Machado e Martini<sup>(35)</sup>

constatarem o crescente aumento do número das ações judiciais e o descompasso com a efetivação do direito na prática. Portanto, é necessário avaliar se o fenômeno inverso - a desjudicialização -, como alternativa viável à concretização do direito à saúde, na medida em que propõe diálogos interinstitucionais, mediações administrativas e maior participação da sociedade nas tomadas de decisão.

O voto do Ministro Luís Roberto Barroso proferido no julgamento do Recurso Extraordinário nº 657.718/MG, em 2019<sup>(36)</sup>, entende ser necessário desjudicializar o direito à saúde no Brasil, tendo em vista que o Poder Judiciário não é a instância adequada para definir políticas públicas de saúde, só podendo intervir em situações extremas ou para efetivar políticas públicas já formuladas no SUS. Esse voto ainda merece destaque no ponto em que avalia a necessidade de o Poder Judiciário realizar o diálogo com os entes ou pessoas com expertise técnica na área de saúde, como as câmaras e núcleos de apoio técnico, profissionais do SUS e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)<sup>(34)</sup>.

Nesse sentido, algumas estratégias vêm sendo implementadas pelas diversas unidades federadas do país em um esforço para desjudicializar as demandas sanitárias, a maioria delas centrada na mediação de conflitos, o que, segundo o parágrafo único do artigo 1º da Lei nº 13.140, de 2015, é “a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia.”<sup>(28)</sup>.

Reconhecido o direito de acesso à justiça como um direito de recorrer a todos os meios legítimos, legais e válidos para solucionar conflitos, e ante a previsão do artigo 5º, inciso XXXV, da CF/88 de que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”(1), cabe questionar se há admissibilidade aos meios extrajudiciais ou se tal orientação contraria a normativa constitucional. A questão ganha relevância frente à Resolução 127 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), conhecida como Política Judiciária Nacional, que, entre outras medidas, prevê o movimento pela conciliação. A resposta a esse questionamento está no fato de que a CF/88 consagra a jurisdição como monopólio do Estado, mas não impede outras formas de solução de conflitos.

Segundo Delduque e Castro<sup>(36)</sup>, o SUS tem recebido preciosa ajuda dessa forma de resolução de conflitos, com iniciativas de juízes, membros do Ministério Público, defensores públicos, advogados da União e procuradores, os quais vêm instituindo grupos de mediação a partir da demanda individual, para solucionar o conflito entre o paciente/autor e o gestor da saúde e evitar a ação judicial.

No estado de MG, o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde percorre regiões do estado realizando reuniões de conciliação entre usuários e gestores, além de tratar de temas específicos, como saúde prisional, incorporação tecnológica e outros. A CPRAC, coordenada pela AGE-MG, é instância hábil e eficaz, para além da solução consensual dos conflitos gerais que envolvam o Poder Executivo mineiro, também para promover a desjudicialização das questões que envolvam o direito à saúde pública. Em 2023, o TJMG instalou unidade especializada para tratar da matéria de direito sanitário no âmbito do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC). Trata-se do CEJUSC Saúde, sediado na Comarca de Belo Horizonte, com competência em todo o estado para a conciliação e mediação pré e pós processual para o tratamento de questões de direito à saúde, individuais e coletivas, pela Justiça<sup>(37)</sup>.

## *Contextualização do Acordo de Cooperação Técnica*

Até meados da década de 1990, não havia ainda terapêutica baseada em evidência disponível no mercado para o enfrentamento efetivo da degeneração macular relacionada à idade (DRMI). Até os dias de hoje, a compreensão da doença encontra-se em estágio de maturação, apesar dos significativos avanços científicos das últimas décadas, devido ao aparente caráter multifatorial da patogenia. Além do coeficiente genético, inúmeros fatores de risco parecem contribuir para o desenvolvimento de DRMI, tais como o tabagismo, a idade avançada, a preexistência de hipertensão arterial sistêmica dentre outros<sup>(38)</sup>. Quanto à abrangência da doença, sabe-se que ela acomete cerca de 15 a 30% dos indivíduos com 55 a 80 anos e é responsável por 8,7% de toda a cegueira em todo o território nacional<sup>(39)</sup>.

Trata-se de uma doença crônica degenerativa que atinge a área central da retina, denominada mácula, responsável pela resolução e nitidez da visão humana. Sabe-se, hoje, que a patogenia se desenvolve em duas formas básicas: a) a forma seca, mais comum, que opera um desgaste mais lento e progressivo da mácula, por meio de perda celular, é mais branda e acomete cerca de 90% dos pacientes; b) a forma úmida, neovascular ou exsudativa, caracterizada pelo desenvolvimento de vasos sanguíneos novos na camada existente entre a retina e a esclera podendo ocasionar cegueira em pouco tempo<sup>(40)</sup>.

As primeiras e mais rudimentares condutas terapêuticas utilizadas contra a DMRI baseavam-se em uma lógica destrutiva, que atacavam mecanicamente a membrana celular excessiva, por meio de fotocoagulação a laser, que projeta sobre a retina laser, coagulando os tecidos anormais e promovendo a destruição do complexo neovascular<sup>(39)</sup>. Utilizada como única alternativa terapêutica, por muito tempo, no âmbito SUS, a tecnologia mostra-se eficiente apenas para alguns tipos de DRMI e apresenta o revés de causar cicatriz permanente na camada de fotorreceptores do olho.

De ação semelhante, a terapia fotodinâmica consiste na injeção intravenosa de fármaco fotossensível (verteporfirina) combinada com irradiação de laser de baixa intensidade<sup>(41)</sup>. Quanto a essa alternativa, verifica-se que um número baixo de pacientes apresenta melhora significativa na visão, e quase a totalidade deles desenvolve sequelas estruturais irreversíveis<sup>(39)</sup>.

A grande revolução no enfrentamento da DMRI foi o avanço das tecnologias anti-VEGF, a começar pelo Pegaptanibe sódico (Macugen®, EyeTech/Pfizer), primeiro anti-VEGF aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA). Posteriormente, outros agentes inibidores do fator de crescimento vascular endotelial (VEGF) foram desenvolvidos: o Ranibizumabe (Lucentis®, Genentech), o Bevacizumabe (Avastin®, Genentech), o Aflibercepte (Eylea®, Bayer) e o Brolucizumabe-dbl (Beovu®, Novartis)<sup>(38)</sup>.

A aplicação intravítrea desses fármacos hoje se apresenta como o melhor e menos agressivo recurso terapêutico disponível, na medida que opera na inibição da proteína angiogênica, regulando o fator crescimento do endotélio vascular<sup>(42)</sup>. Em relação à eficácia e segurança, os estudos que lastream a recomendação de incorporação, pela CONITEC, apontam similaridade de Ranibizumabe com o Aflibercepte para o tratamento da DMRI neovascular<sup>(39)</sup>.

Para compreender o contexto fático da celebração do Acordo de Cooperação Técnica, firmado entre a SES-MG, a AGE-MG e a DPE-MG, é preciso remontar ao Ofício 177/2020/DPMG, encaminhado à AGE pela DPMG, em 28 de junho de 2020. Nesse documento foram elencados os 12 medicamentos mais demandados por pacientes assistidos pela DPMG. Com base no levantamento,

pede-se ao Estado de MG que tome providências tendentes a reduzir a intensa judicialização dos fármacos, promovendo sua dispensação administrativa ao destinatário final.

Entre os medicamentos arrolados no documento, destacam-se o Aflibercepte (Eylia®) e o Ranibizumabe (Luscentis®), cuja incorporação ao SUS foi objeto de intensa demanda pela sociedade civil à época. Segundo informações da SES-MG, entre 2018 e 2020, foram ajuizadas 717 ações judiciais contra o estado de Minas Gerais nas demandas pelo Ranibizumabe, e gastos R\$7.980.553,40 para aquisição do fármaco. Em relação ao Aflibercepte, foram ajuizadas 510 ações em face do estado e gastos R\$6.319.897,00.

Cerca de 10% dos pacientes acometidos pela DMRI desenvolvem o tipo neovascular da patologia, que pode causar cegueira ou perda severa da visão<sup>(35)</sup>. Para esses casos, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) vigente previa a prescrição de terapia de fotocoagulação a laser, bem como a utilização do agente anti-VEG Bevacizumabe, tecnologia de uso *off-label* que interfere no processo de formação de neovascularização subretiniana<sup>(39)</sup>.

Observou-se, naquele momento histórico, um importante vazio assistencial no tratamento de DMRI<sup>(39)</sup>. Ocorre que o Bevacizumabe, cujo uso no âmbito do SUS foi autorizado em caráter excepcional e provisório, conforme o RDC nº 111, de 06 de setembro de 2016, teve sua licença descontinuada pela ANVISA. Vencidos os três anos iniciais de vigência do instrumento, ele deixou de ser prorrogado por carência de informações relativas à segurança e eficácia de dose fracionada do fármaco<sup>(42)</sup>. Uma das grandes vantagens do Bevacizumabe era seu custo substancialmente menor do que a dos demais anti-VEG disponíveis no mercado<sup>(34)</sup>. A partir de então, o Aflibercepte (Eylia®) e o Ranibizumabe (Lucentis®) passaram a figurar como únicas tecnologias medicamentosas licenciadas pela ANVISA para DMRI de tipo neovascular.

Pontue-se que o Aflibercepte (Eylia®) era então dispensado pelo SUS exclusivamente para o tratamento de pacientes com edema macular diabético, conforme disposto Portaria nº 50, de 5 de novembro de 2019<sup>(43)</sup>.

Neste momento, portanto, o enfrentamento à DMRI de tipo neovascular, no SUS, passou a abranger apenas uma abordagem terapêutica não medicamentosa (fotocoagulação a laser), reconhecidamente menos eficaz e tendente ao desenvolvimento de sequelas no tecido neurossensorial<sup>(44)</sup>.

Em face de procedimento deflagrado pela empresa Bayer S. A. e pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), a CONITEC foi instada a se manifestar sobre o possível vazio assistencial decorrente e sobre a viabilidade de incorporação dos dois agentes anti-VEG. Para colheita de informações, foi proposta a realização da Consulta Pública nº 06, entre 18 de fevereiro de 2021 e 09 de março de 2021. Ao todo, foram recebidas pela CONITEC 931 contribuições, entre elas 244 de caráter técnico-científico e 687 relativas a relatos pessoais de pacientes, familiares, cuidadores e outros. Após análise desse material, a CONITEC se manifestou por meio do Registro de Deliberação nº 603/2021, recomendando a utilização de ambas as tecnologias, diante da total ausência de tecnologias anti-VEGF no SUS. Disso resultou a formalização da incorporação, condicionada, entretanto, ao desenvolvimento de PCDT próprio pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria SCTIE/MS nº 18, de 7 de maio de 2021:

Art. 1º Incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o aflibercepte e ranibizumabe para tratamento de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)

neovascular em pacientes acima de 60 anos conforme Protocolo do Ministério da Saúde e Assistência Oftalmológica no SUS.<sup>(45)</sup>

Atualmente, mesmo após aprovado o PCDT, a disponibilização administrativa dos medicamentos aos pacientes de DMRI de tipo neovascular resta inviabilizado, posto que pendente de pactuação quanto ao seu financiamento pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, como se pode extrair Nota Informativa nº 15/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS<sup>(46)</sup>.

Essa é a conjuntura fática e jurídica que ensejou o aumento da judicialização dos fármacos e a consequente demanda da DPE-MG para incorporação em nível estadual. Cumpre pontuar que, dos 12 medicamentos arrolados no Ofício 177/2020/DPMG, oito já eram fornecidos por alguma política pública do SUS e dois haviam sido avaliados tecnicamente pela CONITEC, que decidiu pela não incorporação, por ausência de evidências científicas suficientes<sup>(47)</sup>. Portanto, apenas os dois medicamentos, Aflibercepte (Eylia®) e o Ranibizumabe (Lucentis®), mostraram-se elegíveis à elaboração de um protocolo clínico próprio pela CFT do Estado de MG.

Importa que o incremento da judicialização dos referidos medicamentos, motivada pelo advento de um vazio assistencial, bem como a participação ativa da DPMG, ensejou uma série de movimentações internas na SES-MG em busca da desjudicialização.

Primeiramente, após discussão e aprovação na 278ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG, em 22 de setembro de 2021, foi publicada a Deliberação CIB/SUS/MG nº 3.546, que institui um Grupo de Trabalho da Oftalmologia, com a finalidade de organizar a Rede de Atenção em Oftalmologia no Estado de Minas Gerais.

Posteriormente, como decorrência direta dos fatos narrados, em 02 de dezembro de 2021, foi firmado o Acordo de Cooperação Técnica, entre a SES-MG, a AGE-MG e a DPE-MG, para incorporação ou elaboração de protocolos de fornecimento e administração provisórios, via CFT, do Ranibizumabe e Aflibercepte, até a decisão final quanto ao seu financiamento pela CIT. Além dos medicamentos em questão, o instrumento previu a análise, pela CFT, quanto à incorporação de outros medicamentos com alto índice de judicialização, conforme lista periodicamente indicada pela DPMG<sup>(47)</sup>.

## Discussão

Percebe-se que a técnica de solução consensual de conflitos e celebração de acordos pela Administração Pública possui amplo respaldo legal e se mostra como o meio mais barato e adequado para concretizar o direito ou interesse público subjacente. Com efeito, são diversos os instrumentos para solução consensual e extrajudicial dos conflitos em matéria sanitária, que vêm se mostrando ser a estratégia adequada e eficaz para esse fim, pois, na solução de questões que envolvam política de Estado ou de Governo, é imprescindível oportunizar às partes interessadas o tratamento do conflito por meio da mediação e do diálogo<sup>(48)</sup>.

Diante do caráter coletivo e distributivo do direito à saúde, ele deve ser afirmado por políticas públicas e não por decisões judiciais, uma vez que o domínio sobre as necessidades sociais da comunidade, a melhor técnica para distribuição de recursos escassos e sobre as possibilidades orçamentárias é essencial para definir políticas públicas voltadas à concretização do direito à saúde<sup>(49)</sup>.

Conforme visto até aqui, não se pode negar a insuficiência do modelo jurisdicional atual. Contudo, a habitual censura à interferência do Judiciário nas políticas públicas não se resolve com a impossibilidade de acesso à esfera judicial, mas com a oferta de alternativas reais e concretas<sup>(24)</sup>. O

acesso ao judiciário deve ser amparado pela política pública farmacêutica, de acordo com o art. 196 CF/88<sup>(1)</sup> combinado com os artigos 19-M a 19-U da Lei nº 8080 de 1990<sup>(50)</sup>, porém não é o que ocorre na maioria das vezes, como no exemplo do RE 56471/RN<sup>(51)</sup>. Seria importante uma diretriz clara do STF sobre a necessidade do demandante comprovar minimamente que o processo de incorporação é deficiente para que o judiciário interfira.

O cenário que vem se conformando sobre a desjudicialização da saúde mostra o potencial de novas soluções, as possibilidades do uso de estratégias mais adequadas de solução de conflitos, a necessidade de um esforço conjunto para adoção de instrumentos efetivos para concretização do direito à saúde e a implementação de diálogos interinstitucionais, como é exemplo o Acordo de Cooperação Técnica. O crescente fenômeno da judicialização vem ensejando a elaboração de novas fórmulas de pacificação das demandas em matéria de saúde, seja mediante os mecanismos de composição pré-judicial de conflitos, seja por meio de instrumentos de revisão e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde vigentes, notadamente em seus pontos de maior fragilidade ou vazios assistenciais<sup>(36)</sup>.

Valorizar a solução extrajudicial dos conflitos em saúde não contraria o direito constitucional à ação judicial, pois o que se busca, como alternativa à intensa e massificada judicialização desse direito, são mecanismos que facilitem a avaliação das particularidades do caso concreto, e sua solução célere e menos onerosa. E, ainda que posteriormente seja ajuizada ação judicial sobre a mesma controvérsia, essa poderá ser instruída pelo conteúdo probatório captado no procedimento administrativo<sup>(24)</sup>.

Segundo levantamento do CNJ, a taxa de congestionamento, que mede a eficiência do Poder Judiciário, considerando o número total de casos novos, o número de casos baixados e os passivos de pendências do período-base e do ano anterior, chegou ao patamar de 72,9% em 2022. Em outros termos, apenas cerca de 27% de todos os processos que tramitaram no período foram devidamente solucionados, o que denota a notável morosidade da máquina judicial. Ademais, anote-se que os processos eletrônicos que foram solucionados em 2022 apresentaram um tempo médio de tramitação de 2 anos, e os processos físicos, tempo médio de 7 anos e 9 meses<sup>(52)</sup>. Esse cenário mostra-se ainda mais sensível em se tratando de matéria de saúde, marcado pelo apelo da satisfação urgente do direito.

Com o objetivo de mitigar os efeitos da crescente cultura de judicialização de conflitos, o estado de MG tem fomentado a utilização de meios alternativos e consensuais de composição. No caso em apreço, o aumento da judicialização de dois medicamentos ensejou a assinatura de um Acordo de Cooperação Técnica, abrindo um importante canal de diálogo entre os órgãos e possibilitando a proposição periódica de incorporação de medicamentos com altos índices de judicialização. Por outro lado, nota-se que a Defensoria Pública continuou judicializando por muito tempo os pedidos dos medicamentos mesmo sem ter sido pedido pelas partes a incorporação da tecnologia.

O diagnóstico do aumento das ações precipitou um amplo movimento de estruturação da rede oftalmológica neste estado, que se encontra atualmente em curso.

As vantagens da aquisição e dispensação dos fármacos pela via administrativa são inúmeras, a começar por uma melhor observância de princípios do SUS, como o da equidade, já que o fornecimento ordinário observa critérios estritamente técnicos, seguindo uma ordem de priorização objetiva. Percebe-se que acesso oblíquo aos serviços de saúde pela via judicial não raro privilegia pacientes com mais acesso à informação e de maior poder aquisitivo, o que tende a não ocorrer na prestação administrativa do SUS<sup>(52)</sup>.

No quesito eficiência, a compra administrativa também se mostra vantajosa, posto que massificada, permitindo um maior ganho de escala. As aquisições por via judicial, por sua vez, são fragmentárias e de baixa previsibilidade, o que prejudica a gestão das aquisições<sup>(52)</sup>.

Ainda não foi possível perceber uma redução nos índices de judicialização de ambos medicamentos, Ranibizumabe e Aflibercepte. Segundo informações da SES-MG, entre 2021 e 2023, o estado de Minas Gerais foi réu em 947 demandas judiciais pelo Ranibizumabe, e foram gastos R\$9.236.360,94 para aquisição do fármaco. Em relação ao Aflibercepte, o estado de Minas Gerais foi réu em 609 demandas judiciais pelo Ranibizumabe, e foram gastos R\$9.249.791,80 para aquisição do fármaco. Anote-se que será necessário a realização de estudo para compreender o impacto desta iniciativa de desjudicialização logo após concluídas as iniciativas propostas no bojo do Acordo de Cooperação Técnica.

Projeta-se, ainda, que o instrumento possa servir de embrião para uma tendência permanente na gestão da judicialização da saúde em âmbito da SES-MG: a preferência por soluções orgânicas de pacificação de demandas, servindo os dados da judicialização como um verdadeiro termômetro da política pública.

## **Considerações Finais**

Na esteira de um amplo movimento promovido pelo estado de Minas Gerais no sentido de estimular as vias alternativas de cumprimento de demandas judiciais, observa-se que o aumento da judicialização de dois medicamentos enalçou a estruturação da rede oftalmológica no estado, bem como a abertura de um canal de diálogo entre a SES e a DPE-MG, com a proposição periódica de incorporação de medicamentos judicializados.

A atuação orgânica do setor especializado de judicialização e das demais áreas da SES, responsáveis pelas políticas públicas de saúde, somada à colaboração inster institucional entre atores, como a Defensoria Pública, o Ministério Público e o próprio Judiciário, caso estimuladas e desenvolvidas, tendem a mitigar ou mesmo reverter a cultura da judicialização da saúde que se alastra pelo país nas últimas décadas.

A partir da literatura analisada, conclui-se que o acordo de cooperação se utiliza de instrumentos com grande potencial para a desjudicialização das ações com pedidos dos dois medicamentos oftalmológicos e de outros mais cujas incorporações forem propostas em seu bojo. Além disso, o acordo promove uma atuação sinérgica e convergente de atores independentes que atuam no âmbito da judicialização, como a SES-MG, a AGE-MG e a DPE-MG, que se retroalimentam de informações importantes para o atendimento eficiente das demandas dos cidadãos e a observância do interesse público. A perspectiva é que, a partir desse marco, essas ações judiciais diminuam e os pacientes passem a ser atendidos pela via de fornecimento administrativo do SUS.

## **Conflito de interesses**

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

## **Contribuição dos autores**

Castro MCA e Silva Netto FT contribuíram para a concepção/desenho do artigo, redação, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Dos Santos FP e De Castro MSM contribuíram para a revisão crítica de conteúdo e aprovação da versão final do artigo. Figueiredo IVO contribuiu para a concepção/desenho do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

## Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC  
Editor assistente: Cunha JRA  
Editores associados: Lamy M, Ramos E  
Editor executivo: Teles G  
Assistente editorial: Rocha DSS  
Revisora de texto: Barcelos M

## Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.
2. Aith F. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. *Revista de Direito Sanitário* [Internet]. 2015 [citado em 13 fev. 2024]; 15(3):85-90. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97328>
3. Braga BSF, Oliveira YMC, Ferreira MAF. Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. *Revista de Direito Sanitário* [Internet]. 2021 [citado em 13 fev. 2024]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/156686>
4. Figueiredo IVO, Costa, NR. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* [Internet]. 2022. [citado em 13 fev. 2024] 11(4):142-164. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/785>
5. Costa KB, Silva LM, Ogata MN. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. *Cadernos Ibero-Am. Direito Sanit.* [Internet]. 2020. [citado em 13 fev. 2024]; 9(2):149-63. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/635>
6. Machado TR de C. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. *Revista Bioética*. 2014. 22;561-568.
7. Minas Gerais. Acordo de Cooperação Técnica, celebrado entre o Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais e a Advocacia-Geral do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2021. [citado em 12 set. 2024] Disponível em: <https://defensoria.mg.def.br/termo-de-cooperacao-firmado-pela-defensoria-publica-secretaria-de-estado-de-saude-e-advocacia-geral-agiliza-fornecimento-de-medicamentos-com-alto-indice-de-judicializacao/>
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado em 13 fev. 2024] 20;2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTBByr/?format=pdf&lang=en>
9. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. maio de 2020. [citado em 13 fev. 2024];25(5):1863–77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/>
10. Dias DMF. O direito público subjetivo e a tutela dos direitos fundamentais sociais. *Revista Jurídica da Presidência*. 2012. [citado em 13 fev. 2024]. 14(102); 233-250. Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/130>
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Ministério da Saúde, Série Legislação nº 3, 2005. [citado em 13 fev. 2024]136 fls. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/medic\\_justica01.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/medic_justica01.pdf)
12. Silva MV da, et al. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2012; 186 fls.
13. Sturza JM, Bemfica MM. A saúde entre paradigmas científicos e não científicos: o caso fosfoetanolamina sintética. *Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas* [Internet]. 2021 [citado em 13 fev.]; 37(1);1-24. Disponível em: <https://revista.fdsu.edu.br/index.php/revistafdsu/article/view/319>
14. Otero CS, Massarutti EAS. Em conformidade com o Direito Fundamental à Saúde previsto na Constituição Brasileira de 1988, é possível exigir do Estado a prestação de fosfoetanolamina sintética para pessoas com câncer? *Revista Jurídica Cesumar*. 2016. 16(3); 847-876.
15. Teodoro CR dos S, Caetano R. O caso da fosfoetanolamina sintética e a preocupante flexibilização das normas sanitárias no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016. (26); 741-746.
16. Barreto AAM, Guedes DM, Rocha Filho JA. A judicialização da saúde no Estado de Pernambuco: os

antineoplásicos novamente no topo? *Rev Dir Sanit.* 2019; 18;20(1):202-22.

17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 566471/RN. Relator: Ministro André Mendonça. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2011.

18. De Araújo KEG, Quintal CMM. A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte: uma questão sobre equidade. *Rev Bras Polít Públicas.* 2018; 20;8(3)

19. Schulze CJ. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. *Revista de Doutrina da 4ª Região* [Internet]. 2014. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em:

[https://revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio\\_Schulze.html](https://revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html)

20. Souza AM de. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 2016; 90 fls.

21. Schier PR, Schier AR. Direitos sociais, reserva do possível e o mínimo existencial: a aporia do meio adequado de satisfação. *A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional.* 2018. 18 (74): 67-96.

22. Jucovsky VLR. Judicialização do direito à saúde e interpretação dos tribunais. In: Maria Edelvacy Marinho; Solange Teles da Silva; Liziane Paixão Silva Oliveira. (Org.). *Diálogos entre juízes.* Brasília: UniCEUB. 2014. 1;113-134.

23. Ferreira SL, Costa AM. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais. *Rev. SJRJ, Rio de Janeiro.* 2013. 20(36); 219-240.

24. Silva AB da, Schulman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Revista de Bioética* [Internet]. 2017 [citado em 13 fev. 2024] Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/zcLjsNSgKDsCD5rxBO/Nz3LD/?lang=pt#>

25. Neto DFM. *Mutações do direito administrativo.* 3ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. 460p.

26. Moraes GO. *Controle jurisdicional da Administração Pública.* 2ª ed. São Paulo: Dialética, 2004.

27. Sarmento D. Interesses públicos vs interesses privados na perspectiva da teoria e da filosofia constitucional. In: Sarmento D (org.). *Interesses públicos vs interesses privados: desconstruindo o princípio da supremacia do interesse público.* Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 23-116.

28. Brasil. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio

de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2015.

29. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2015.

30. Minas Gerais. Lei nº 23.172, de 20 de dezembro de 2018. Autoriza a Advocacia-Geral do Estado a não ajuizar, não contestar ou desistir de ação em curso, não interpor recurso ou desistir de recurso que tenha sido interposto nos casos que especifica e cria a Câmara de Prevenção e Resolução Administrativa de Conflitos. Belo Horizonte, MG: Jornal Minas Gerais; 2018.

31. Minas Gerais. Lei Complementar nº 151, de 17 de dezembro de 2019. Altera a Lei Complementar nº 83, de 28 de janeiro de 2005, que dispõe sobre a estrutura orgânica da Advocacia-Geral do Estado – AGE – e dá outras providências, e a Lei Complementar nº 81, de 10 de agosto de 2004, que institui as carreiras do Grupo de Atividades Jurídicas do Poder Executivo, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG: Jornal Minas Gerais; 2019.

32. Megna BL. A Administração Pública e os meios consensuais de solução de conflitos ou “enfrentando o Leviatã nos novos mares da consensualidade”. *Revista da PGE-SP.* 2015. 82;1-30.

33. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 253.885/MG [Internet]. Brasília, 2002. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=258322>

34. Machado C, Martini SR. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. *REI-Revista Estudos Institucionais.* 2018. 4(2);774-796.

35. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 657.715/MG [Internet]. Brasília, 2019. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>

36. Delduque MC, Castro EV de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil [Internet]. *Saúde em Debate.* 2015. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39n105/506-513/pt/>

37. Minas Gerais. Tribunal de Justiça. Portaria Conjunta nº 1.447/PR/2023, de 23 de fevereiro de 2023. Instala o Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania para demandas de Direito à Saúde da Justiça de Primeiro e Segundo Grau do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – CEJUSC Saúde [Internet].

2023. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pc14472023.pdf>

38. Guerra MCA. Dispositivo de liberação intravítrea para tratamento de degeneração macular relacionada à idade [Tese]. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás; 2023. 122fls.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão, Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC [Internet]. Aflibercepte e ranibizumabe para tratamento de Degeneração Macular, 2021. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210510\\_Relatorio\\_608\\_aflibercepte\\_e\\_ranibizumabe\\_DMRI.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210510_Relatorio_608_aflibercepte_e_ranibizumabe_DMRI.pdf)

40. Conselho Nacional de Justiça. RR 337/2014. Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde [Internet]. UFMG, 2014. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/contendo/destaques/arquivo/2015/04/7a4ca64c550c4406d3b2ea2a50332d88.pdf>

41. Farah ME, Oshima, A, Costa, RA, Sallum, JF.. Degeneração macular relacionada à idade: modalidade terapêuticas. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, São Paulo; 2001. 64(6);583-8.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão, Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Degeneração Macular Relacionada à Idade, forma neovascular [Internet]. 2022. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: [http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2022/20220526\\_Relatorio\\_693\\_PCDT\\_DMRI\\_FINAL.pdf](http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2022/20220526_Relatorio_693_PCDT_DMRI_FINAL.pdf)

43. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão, Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Relatório para a Sociedade nº 159: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias [Internet]. 2019. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em:

[https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/sociedade/resoc159\\_aflibercepte\\_edema\\_macular\\_diabtico.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/sociedade/resoc159_aflibercepte_edema_macular_diabtico.pdf)

44. Tribunal de Justiça do Ceará. Nota Técnica Número 613 NATJUS [Internet]. 2021. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/BEVACIZUMABE-AVASTIN%20%AE-PARA-PACIENTE-COM-DEGENERACAO-MACULAR-RELACIONADA-A-IDADE-DO-TIPO-NEOVASCULAR.pdf>

45. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 18, de 7 de maio de 2021 [Internet]. 2021. [citado em 13 fev. 2024] Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2021/5/18.pdf>

46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Nota Informativa nº 15/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS. Belo Horizonte: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, 2022.

47. Minas Gerais. Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais. Ofício 177/2020/DPMG. Belo Horizonte, 2020.

48. Wang DWL. Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde [Dissertação]. Departamento de Direito do Estado, Universidade de São Paulo; 2009. 104 fls.

49. 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); 1990.

50. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 566471/RN. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2011.

51. Ventura M, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010. 20; 77-100.

52. Machado FRS. A judicialização da saúde no Brasil: cidadania e assimetrias [Tese]. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 187fls.

### Como citar

Castro MCA, Silva Netto FT, Dos Santos FP, De Castro MSM, Figueiredo IVO. Desjudicialização da Saúde e diálogos interinstitucionais em Minas Gerais: análise do Acordo de Cooperação Técnica para a gestão dos medicamentos Ranibizumabe e Aflibercept. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2024 jul./set.;13(3):91-106 <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i3.1253>

### Copyright

(c) 2024 Maria Cecília de Almeida Castro, Felipe Tristão Silva Netto, Fausto Pereira dos Santos, Mônica Silva Monteiro de Castro, Iara Veloso Oliveira Figueiredo.

