

RICARDO RIBEIRO PAULINO

**PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE
MINAS GERAIS NA OBTENÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE
ALTO CUSTO NÃO PADRONIZADOS PELO SUS**

Belo Horizonte

2021

RICARDO RIBEIRO PAULINO

**PERPSECTIVA DE ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE
MINAS GERAIS NA OBTENÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE
ALTO CUSTO NÃO PADRONIZADOS PELO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Direito Sanitário.

Orientadora: Prof^ª Msc. Thaysa Kassis de
Faria Alvim.

Belo Horizonte

2021

P328p

Paulino, Ricardo Ribeiro.

Perspectiva de atuação da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais na obtenção dos medicamentos de alto custo não padronizados pelo SUS./Ricardo Ribeiro Paulino. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2021.

25 f.

Orientador(a): Thaysa Kassis de Faria Alvim.

Artigo Científico (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Política de Saúde. 2. Defensoria Pública. 3. Judicialização da Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Cidadãos Hipossuficientes. I. Alvim, Thaysa Kassis de Faria. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM QV 32

RESUMO

O estudo visou discorrer acerca da judicialização da saúde tendo a Defensoria Pública como instrumento de acesso aos cidadãos hipossuficientes usuários do Sistema Único de Saúde - SUS - na obtenção do medicamento de alto custo não padronizado, compatibilizando a saúde pública atualmente prestada em conformidade com os ditames da Constituição de 1988. A atuação institucional perante o SUS deve garantir a assistência à saúde e preservar o sistema. Para compreensão do que consistia a assistência médica prestada ao menos favorecido que evolui da filantropia até o atual modelo que garante o serviço público de saúde como direito, atingido este estágio, perpassando a relação médico-paciente no aspecto ético na prescrição em detrimento a todo sistema de saúde. Tribunais Superiores passaram a estabelecer, gradativamente, regras de repercussão, obrigando as instâncias inferiores, em razão das suas decisões serem vinculantes, no que se refere ao fornecimento de fármacos não listados perante o SUS. Para tanto, utilizou-se dados secundários extraídos do *site* do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal, no período compreendido entre 2010 a 2019. Concluiu-se que a atuação na saúde da Defensoria Pública se apresenta aos cidadãos como alternativa legítima e democrática de concretização de direitos fundamentais e do acesso à saúde, demonstrando que a judicialização da saúde pode e deve ser utilizada como instrumento de estruturação do SUS, aperfeiçoamento, na correção de falhas e injustiças no acesso à saúde pelos cidadãos de baixa renda e impedindo que o judiciário reste metamorfoseado em mera dispensação, quando substitui o gestor, para contribuir, sobretudo, na incorporação de novos medicamentos.

Palavras-chave: Política de Saúde. Defensoria Pública. Judicialização da Saúde. Sistema Único de Saúde. Cidadãos hipossuficientes.

INTRODUÇÃO

Fruto de conquista realizada, sobretudo com apoio de movimentos sociais e da reforma sanitária, a Saúde, como Direito Fundamental no Brasil, na nova ordem Constitucional de 1988, foi elevada ao patamar de verdadeira garantia individual no capítulo dos ‘Direitos Sociais’, incumbindo ao Estado o dever fundamental que prioriza, sobretudo, a pessoa humana, previsto também no artigo 196, daquele mesmo o diploma Constitucional (FIGUEIREDO; MARIANA FILCHTINER. 2013).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 (CR/88) passou a garantir, por parte dos entes federados, o acesso universal, integral, igualitário e gratuito à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde -SUS, como direito de todos (BRASIL, 1988).

Como direito ao acesso universal à saúde, há o oferecimento, como parte dos componentes prestacionais, as terapias padronizadas e seus respectivos medicamentos essenciais, previstos em uma relação cujo fornecimento é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde -SUS, listagem essa editada pelos entes públicos federativos.

Essa relação é orientada por meio de protocolos clínicos, de forma exaustiva, contendo a disponibilização e dispensação pela rede pública, dos procedimentos clínicos e, sobretudo, fármacos de uso comum e controlado que representam a intervenção terapêutica mais expressiva nos gastos perante a saúde pública (CAMBI. EDUARDO; BOHRZ. DANIELE BOFF. 2015).

Entretanto, importante anotar que para cada doença, há um paciente individualizado, com necessidades particulares, como também existe a possibilidade de uso de medicamento e/ou procedimento médico que, até então, não havia sido utilizado para o usuário do sistema.

Assim, embora a complexidade de procedimentos, a ampla cobertura e os exaustivos protocolos clínicos com a correspondente oferta de medicamentos disponibilizados pelo SUS, criteriosamente selecionados com base em estudo, evidências científicas e segurança, os tratamentos oferecidos pela rede pública não se revelam suficientes, resultando, assim, em parcela da população desassistida em sua enfermidade posto que revelada resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância ao tratamento convencional diante da idiosincrasia de cada paciente (CARVALHO FILHO. JOSÉ DOS SANTOS. *et al.* 2019).

Fato é que as terapias inovadoras promovidas pela medicina, em especial as trazidas pela indústria farmacêutica estão presentes cada vez mais rápido, de forma contínua e incessante, merecendo especial destaque àquelas que trazem efetiva e real vantagem ao

usuário, não são incorporados pelo SUS na mesma velocidade do surgimento destas novidades no mercado.

Dessas terapias modernas e, invariavelmente, de altíssimo custo, grande parte dos novos fármacos se mostra desprovida de trazer real vantagem para o tratamento da doença, em comparação aos já incorporados e disponibilizados pelo SUS, mas que, no entanto, suscitam muito mais uma esperança nos pacientes do que propriamente resultando compatível o retorno esperado em sua saúde com a terapia inovadora empregada (LOPES, LUCIANA DE MELO NUNES; *et al*, 2000).

E é justamente na busca de tratamento preconizado por seu médico, na esperança de combater o mal acometido, recuperar a qualidade de vida ou até, possivelmente, alcance a sonhada cura que se instaura o conflito com o sistema de saúde pública à medida que, definitivamente, a assistência farmacêutica estatal tem sua prestação limitada aos fármacos prescritos em conformidade com os protocolos clínicos incorporados ao SUS ou, inexistente o protocolo na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais - REMEMG ou Relação Municipal de Medicamentos - REMUNE (BRASÍLIA. Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006.).

Estabelecida a pretensão resistida entre o usuário e assistido hipossuficiente da Defensoria Pública e o Poder Público, por seus entes, na busca da terapia prescrita e não padronizada pelo SUS, a questão é submetida, por provocação, ao Poder Judiciário, passando a apreciação do caso concreto, diante do princípio da inafastabilidade ou controle jurisdicional, para assim dizer o direito.

Para esses casos, a judicialização da saúde muda o cenário da dispensação dos medicamentos, cabendo essa atribuição ao Judiciário e seus atores, a preservar, essencialmente, a dignidade da pessoa humana, a saúde e, conseqüentemente, a vida, bens constitucionalmente tutelados (CARVALHO FILHO. JOSÉ DOS SANTOS. *et al*. 2019).

E com isso, cumpre à Defensoria Pública, órgão essencial à função jurisdicional e presente para assegurar o direito do necessitado, com reflexos menos impactantes para a gestão pública, atuando na garantia em prol aos cidadãos hipossuficientes economicamente, que não estão patrocinados por defensor particular (MORAES MELLO, SÍLVIO ROBERTO. 1994).

Entretanto, a atuação do Defensor Público em demandas envolvendo a saúde exige responsabilidade, comprometimento, ética e sensibilidade e, sobretudo, estudo para exigir do

profissional médico a evidência científica do tratamento, apontando o efetivo esgotamento das terapêuticas disponibilizadas pelo SUS ou as razões de sua não eficácia em favor do paciente, garantindo, assim, a probabilidade do sucesso no protocolo clínico não padronizado conforme diretrizes fixadas nos Tribunais Superiores e sensibilidade voltada à Medicina Baseada em Evidência (CAMBI. EDUARDO; BOHRZ. DANIELE BOFF. 2015).

O propósito deste trabalho é retratar o comprometimento do Defensor Público do Estado de Minas Gerais no enfrentamento em favor dos pacientes economicamente vulneráveis portadores de doenças graves dependente de medicamento de alto custo dada pela prescrição médica não padronizada pelo SUS. A perspectiva da atuação defensorial deve observar os paradigmas repetitivos dos tribunais superiores em todos os seus requisitos e pressupostos para garantir pleno acesso à saúde do necessitado e harmonizando ao SUS.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente trabalho foi a revisão de dados secundários de pesquisa descritiva com revisão bibliográfica, análise de legislação e jurisprudência obtidas por meio dos sites do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal, no período compreendido nos anos de 2010 a 2019, correspondente ao período do julgados utilizados como parâmetro, bem como na rotina de trabalho do autor da pesquisa, na qualidade de Defensor Público do Estado de Minas Gerais, atuante na Comarca de Juiz de Fora.

Os principais parâmetros contidos nos principais julgados sobre a questão que são STA 175 AgR/CE, STF, tema 106, do STJ e Tema 793, do STF e que permitem discutir a atuação da Defensoria Pública dentro da perspectiva da limitação da judicialização, tendo em vista as três categorias representadas pelos avanços históricos promovidos pela criação do SUS, o papel do médico enquanto prescriptor dos medicamentos de alto custo e sua relação com os pacientes.

3. EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ATÉ O SUS.

Em conceito mais amplo, a prestação do Serviço Público de Saúde é aquela instituída, mantida e executada pelo Estado, por meio de seus entes federativos, órgãos ou instituições, objetivando a satisfação de interesses coletivos, quais sejam, garantir a saúde, bem como a salubridade coletiva (SILVA, DE PLÁCIDO E, 1987).

No Brasil, na história da saúde pública, a assistência prestada em favor dos desprovidos de recursos econômicos foi precária e, contando com poucos médicos, o enfermo era atendido por boticários, com conhecimentos baseados na experiência indígena ou dos padres jesuítas (SANTOS, PAULO ROBERTO 2020).

A população vulnerável, estava a depender, principalmente, da filantropia das Casas de Saúde e das Santas Casas de Misericórdia, quase que exclusivamente da caridade de religiosos e médicos altruístas que também buscavam o aperfeiçoamento do ensino da medicina ao proporcionar, em favor dos estudantes a prática diária, segurança nos diagnósticos e firmeza da terapêutica (MATSUMOTO, HARUMI, 2018).

O Estado apenas atuava na prevenção de evitar maiores prejuízos à saúde do cidadão, por meio de campanhas de vacinação diante de epidemias, saneamento básico ou nas denominadas ‘doenças negligenciadas’, patologia mental, hanseníase, tuberculose entre outras (CARVALHO, GILSON, 2013).

Caminhando para uma melhor compreensão da evolução histórica e a progressiva ampliação dessa proteção aos necessitados diante da fragilidade do serviço de saúde oferecido, na transição do século XIX para o século XX, no período da ‘República Velha’ (1889 a 1930), no Governo do Presidente Arthur da Silva Bernardes, foi sancionada o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Elói Chaves em 1923, que foi um marco histórico não só na implantação da previdência pública no Brasil dos trabalhadores, que inicialmente se deu em favor dos ferroviários, mas também inovando ao garantir assistência médica custeada por contribuições do Estado dos empregados e empregadores (DENEN, 2020).

De forma inovadora, a Lei Elói Chaves não só estabelecia o direito dos contribuintes ao socorro médico, como também auxílio na aquisição de medicamentos que era extensivo à família desses trabalhadores. O sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensão – ‘CAPs’- criado pela lei foi o início do sistema previdenciário no Brasil até o final da República Velha (SOARES, FERNANDO. 2019).

A partir dos anos 1930, já na era Vargas, com a criação do Ministério do Trabalho, o sistema de saúde recebeu diversas modificações e melhorias, sobretudo com a transformação das CAP's nos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP's com a expansão para outras categorias de trabalhadores e seus dependentes. No entanto, a maioria da população carente sem vinculação previdenciária permanecia desamparada de assistência médica e, conseqüentemente, dependente de forma prevalente das ações filantrópicas (CARVALHO, GILSON, 2013).

Paralelamente, do ponto de vista internacional, no pós-guerra, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu, em 1948, os direitos fundamentais da pessoa humana, com especial preocupação quanto à saúde dos povos e que, efetivamente, inspirou a 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963 buscando, como meta, um sistema de saúde que alcançasse todos os brasileiros como obrigação do Estado e a descentralização como forma de organização com principal papel para os Municípios (CARVALHO, GILSON, 2013).

Alcançado pelo período militar, o esperado avanço na política da saúde para todos os brasileiros restou frustrado e substituído por iniciativas como o 'vale consulta', e, para regiões mais pobres uma reedição da Fundação SESP, por meio do denominado Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde - PIASS e a assistência médica seguia atrelada à contribuição previdenciária contemplando apenas determinados trabalhadores com vínculo trabalhista (CARVALHO, GILSON, 2013).

Posteriormente, em 1966, os IAP's foram unificados pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS passando a agregar funções previdenciárias, de saúde e arrecadação que, década depois, em 1977, sofreu descentralização com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS. Referido desdobramento ocasionou a atribuição, ao primeiro, da assistência médica e, ao segundo, a gestão financeira, restando ao INPS a continuidade da administração dos benefícios previdenciários (FLEURY; SÔNIA. CARVALHO; ANTÔNIO IVO DE, 1993).

Embora o INAMPS tivesse relevante função, sobretudo com as Ações Integradas da Saúde - AIS, incluindo Estados e Municípios na parceria com a transferência de recurso da previdência, a saúde pública ainda deixava muito a desejar, sobretudo diante das conclusões da reunião de Alma Ata, na antiga União Soviética em 1986 e da VIII Conferência Nacional de Saúde. A VIII Conferência foi fundamental, exigindo imediata reforma sanitária em política de saúde pública de forma descentralizada revelando, assim, norte ao legislador

constituente de 1988 a partir do reconhecimento da saúde como garantia fundamental sob as diretrizes na obrigação do Estado e direito de todos (FLEURY; SÔNIA. CARVALHO; ANTÔNIO IVO DE, 1993).

As AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE - AIS receberam importantes adequações ampliando seu alcance adotando a denominação SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – significando a transição final do antigo regime baseado na assistência médica atendendo a população com vinculação previdenciária até extinção da autarquia federal em 1993 (FLEURY; SÔNIA. CARVALHO; ANTÔNIO IVO DE, 1993).

Após a Constituição Federal de 1988 (CR/88), o então sistema de saúde migrou integralmente para o atual SUS, com a transferência definitiva da gestão e do acervo para o Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde com a formação de rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo. A União, por sua vez, ao descentralizar seus serviços, transferiu recursos para os Estados e Municípios, destinados à concessão de assistências com prestações no serviço de saúde. Assim as Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 passaram a regulamentar o art.200 da CR/88¹ (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988; FLEURY; SÔNIA. CARVALHO; ANTÔNIO IVO DE, 1993).

Do contexto histórico é possível observar lenta e difícil evolução da saúde como serviço público, tendo a criação do SUS com as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e gratuidade significado verdadeira conquista, bem como avanço fundamental para a concretização da saúde como um direito em especial em favor do cidadão hipossuficiente no Brasil.

¹ Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

4. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA JUDICIALIZAÇÃO

A criação do SUS representou avanço fundamental na prestação da saúde como direito e trouxe, por suas diretrizes, a concepção de que o que era limitado a poucos, passou a constituir, na prática, a alcançar todos os usuários do sistema afastando definitivamente da caridade ou vinculação previdenciária.

Na prática da sua atividade, o médico tem o dever de buscar não apenas através do melhor diagnóstico para alcançar a adequada terapêutica, mas sobretudo, preservar o aspecto ético no relacionamento com o seu paciente, para com a sociedade, bem como demais profissionais da saúde (MENDES, FERNANDO Q, 2002).

É possível identificar, em uma das vertentes na judicialização, a relação médico-paciente, posto que presente o elemento de ligação em um dos extremos do conflito: de um lado, o médico que apresenta, por assim dizer, o perfil de ‘senhor’, com decisão diagnóstica e na condução do procedimento terapêutico; de outro lado, seu paciente, extremamente fragilizado diante da enfermidade e desprovido do mínimo necessário do curso da estratégia adotada, e ainda, de outro, o sistema de saúde, com a diretriz da integralidade expressão da abrangência e adequação contida no art. 198, II, da CR/88², sobretudo para oferecer resposta ao que antes não correspondia a um direito de todos (BRASIL, 1988).

Embora o amplo e fácil acesso às informações disponíveis nas mídias, mais atualmente as digitais, a palavra final sobre o protocolo clínico a ser seguido é, predominantemente atribuído ao médico, profissional da saúde apto a verificar a singularidade de cada paciente, exigindo, entretanto, reflexão e discussão sobre o tratamento a ser adotado para determinada doença ou aos problemas de saúde que atingem certo grupo dos usuários do SUS, sobretudo os mais graves, gerando forte expectativa de que algo pode ser feito e que, no entanto, nem sempre correspondem à realidade. (LOPES, A.A., 2000).

Esse ‘poder’ na escolha do tratamento pelo médico, não raro, transcende os protocolos clínicos disponibilizados e oferecidos pelo SUS, que tem como princípio a adoção de medicamentos e terapias clínicas que contemplam evidências científicas traduzidas, essencialmente, pela eficiência e segurança a ser minimamente observadas. Nessa prática

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

...

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

...

clínica deve ser observada a Medicina Baseada em Evidência - MBE, no contexto em que a experiência é integrada com a capacidade de análise crítica aplicando, o profissional da saúde, essas informações para otimizar o tratamento ao paciente (LOPES, LUCIANA DE MELO NUNES; *et al*, 2000).

Diante da velocidade do progresso da medicina, a adoção de novos tratamentos impõe a necessidade da revisão permanente dos recursos disponíveis para a garantia ao direito à saúde. Nesse contexto, deve-se observar e minimizar a ingerência da indústria farmacêutica no profissional da saúde prescritor ao apontar protocolo diverso ao adotado pelo SUS, aplicando terapia que atende, pelo que faz revelar, prioritariamente os interesses do prescritor em detrimento do seu paciente, alheio, portanto a sistemática dos recursos públicos destinados à saúde (LOPES, A.A., 2000).

É necessário abstrair influências veladas e perniciosas que tanto avolumam a judicialização, protagonizadas pela indústria farmacêutica, por meio dos médicos e até mesmo pacientes como estratégia de suplantar os protocolos clínicos padronizados pelo SUS que não encerram às hipóteses de ausência de tratamento ou mesmo aos pacientes refratários por falta de protocolo para enfermidade, não se observar um aumento de sobrevida e a significativa melhora da qualidade de vida do paciente impedindo a evolução ou diminuição de sofrimento (CAMPOS NETO; OROZIMBO HENRIQUES *et al*, 2013).

Necessário, de igual maneira, que a resposta por meio da assistência médica ao paciente se mostre adequada à informação científica alcançando as experiências clínicas do aprendizado adquirido em epidemiologia na máxima expressão da Medicina Baseada em Evidência - MBE em solução adequada às diretrizes do SUS identificando e impedindo a forma contraproducente da judicialização.

5. LIMITAÇÃO A SER OBSERVADA A PARTIR DAS PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES DOS TRIBUNAIS SUPERIORES³

Depois de um longo período de desassistência que remonta ao Brasil Colônia, passando pelo Império e alcançando ao início do período republicano, em que a assistência médica em favor da pessoa carente de recurso só existia na filantropia e não poderia ser considerada um direito, na nova ordem constitucional de 1988, houve mudança ao estabelecer como realidade a saúde como verdadeira garantia ‘em ‘Direito Social na forma de dever do Estado e direito de todos (BRASIL, 1988).

Como decorrência da garantia constitucional, tem lugar o fenômeno da judicialização da saúde ou judicialização das políticas públicas de saúde fazendo, na prática, a efetiva substituição do Poder Judiciário na escolha do protocolo clínico que busca paciente, independentemente da política pública estabelecida pelo SUS e que torna esse Poder verdadeiro balcão de dispensação de medicamentos (SOUSA, CAIO VALENÇA, 2017).

Excetuada as hipóteses de existência de política pública, a tarefa de concretizar o direito à saúde por meio da legítima atuação perante o Poder Judiciário demanda a exata interpretação do disposto no art. 196, da CR/88F, em todos os elementos na prestação Estatal, exigindo a imposição de limites e critérios objetivos que passaram a ser estabelecidos pelos Tribunais Superiores com decisões paradigmáticas em Tema ou Demandas Repetitivas ou Recurso Repetitivo -RR⁴ do STJ e STF de modo a também não causar comprometimento no funcionamento do SUS, e impedir a autêntica metamorfose dos órgãos ligados à justiça em dispensação de fármacos em substituição ao gestor (BRASIL, 1988; STJ e STF, *online*, 2019).

A mudança de parâmetros que despreza a finitude de recursos públicos é uma das consequências da justiça comutativa na efetivação dos direitos sociais em detrimento da forma distributiva (SOUSA, CAIO VALENÇA, 2017).

A crescente judicialização na saúde trazendo impactos financeiros e inúmeras contradições revela a necessidade da intervenção com a introdução de regras com o efetivo potencial para reduzir as demandas judiciais, sobretudo por aquelas pretensões absolutamente dissociadas das estratégias do alicerce científico do prescritor e que só fazem gerar decepções na relação médico-paciente.

³ tema 106, do stj; STA 175 AgR/CE e Tema 793, do STF

⁴ para assegurar igual solução em processos que mantenham questões semelhantes de direito de relevância social, há a formação, nos Tribunais, de precedentes ou teses, a serem observados em entendimento

5.1. STA 175-AgR/CE, do STF

Em 2010, sob o paradigma do julgamento de caso que em tutela antecipada (tutela de urgência – art. 300, do Código de Processo Civil -CPC, obrigou a União, Estado do Ceará e Município de Fortaleza ao fornecimento de fármaco de alto custo, não contemplado pela política pública de saúde, e que, inicialmente sem registro perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA, apontado, entretanto, como único capaz de deter o avanço da grave enfermidade neurodegenerativa de que o paciente-autor era portador, garantindo sobrevida e preservando a qualidade de vida, o Supremo Tribunal Federal, pela primeira vez, debruçando sobre a questão passou a traçar limites à atuação judicial na saúde pública, fixando parâmetros, de forma inédita apontando norte ao julgador, fixado em 2010 no AgR na STA⁵ nº 175/CE/STF, Relator Ministro GILMAR MENDES (BRASIL, 2010, *online*).

EMENTA. Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde - SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança pública. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento (BRASIL, Supremo Tribunal Federal, 2010).

O processo, sob a relatoria do Ministro Gilmar Mendes, analisando pedido da União de suspensão da tutela antecipada, que restou indeferida, exigiu profunda reflexão extraída na experiência obtida na Audiência Pública, convocada em 2009 pelo Supremo Tribunal Federal - STF, para, nos casos de saúde pública, conceber parâmetros a orientar a atividade jurisdicional harmonizando as antagônicas doutrinas acerca do ‘mínimo existencial’⁶ e ‘reserva do possível’⁷, inexistindo proibição de atuação por se tratar de preceito constitucional fundamental e, portanto, se obter equilíbrio para não se permitir eventual excesso ou tutela ineficiente, apreciando pontos relacionados com fornecimento de medicamentos ou insumos

obrigatoriamente a ser replicado para todos de modo a garantir celeridade, isonomia e segurança jurídica das decisões.

⁵ Suspensão de Tutela de Antecipada. A nova legislação processual, traz como designação ‘tutela de urgência’, previsto no art. 300 do Código de Processo Civil “A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo...”

⁶ corolário do princípio da garantia da dignidade da pessoa humana, inserido entre os direitos sociais, fundamento da República Federativa do Brasil e que demanda um fazer do Estado.

⁷De origem na doutrina alemã, refere à disponibilidade de recursos materiais para cumprimento de eventuais condenações do poder público para assistência farmacêutica no âmbito judicial para atender o mínimo existencial.

sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA ou não constante do rol da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e não disponibilizado pela rede particular; tratamentos ou Medicamentos experimentais (OUTEIRO, GABRIEL MORAES DE; *et al*, 2015)

Após esse inédito debate envolvendo a desmedida judicialização no âmbito dessa Audiência Pública, as conclusões nos termos do relator, passaram a fixar diretrizes judiciais a serem observadas mesmo que desprovido de aspecto vinculante (ROCHA. MÁRCIO SANTORO, 2018).

O parâmetro contido no julgado STA 175-AgR/CE, do STF, além de ser uma síntese dos principais julgados sobre a saúde - Temas 106, do STJ e 793 do STF - fez traçar orientação a ser seguida pelos julgadores inferiores, embora não vinculante, identificando a atuação do Poder Judiciário em duas principais áreas no que se refere a existência ou não da política pública implementada no âmbito do SUS. Verificada a existência de política de saúde é possível exigi-la do poder público individual ou coletivamente obrigando a implementação do paciente necessitado. Na ausência de política pública para a prestação, há a necessidade de registro na ANVISA e, por consequência, a exclusão da cobertura aos tratamentos experimentais, posto que o SUS adota o modelo da “Medicina com base em evidências”, hipótese que a condenação do Estado não é possível (BRASIL, SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2018, *online*; BRASIL, SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL; ROCHA, MÁRCIO SANTORO 2018).

5.2. Tema 106, do STJ

Posteriormente, já com caráter de afetação, em importante decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça --STJ restou fixado parâmetros para que os julgadores, ao apreciarem pedidos envolvendo medicamentos, sigam as diretrizes em estrita observância com os limites fixados no Acordão Recurso Especial nº 657.156 - RJ (2017/0025629-7), do STJ publicado no DJe de 04/05/2018 da Rel. Ministro Benedito Gonçalves (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 2018, *online*):

EMENTA.ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. TEMA 106. JULGAMENTO SOB O RITO DO ART. 1.036 DO CPC/2015. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DOS ATOS NORMATIVOS DO SUS. POSSIBILIDADE. CARÁTER EXCEPCIONAL. REQUISITOS CUMULATIVOS PARA O FORNECIMENTO.

1. Caso dos autos: A ora recorrida, conforme consta do receituário e do laudo médico (fls. 14-15, e-STJ), é portadora de glaucoma crônico bilateral (CID 440.1), necessitando fazer uso contínuo de medicamentos (colírios: azorga 5 ml, glaub 5 ml e optive 15 ml), na forma prescrita por médico em atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A Corte de origem entendeu que foi devidamente demonstrada a necessidade da ora recorrida em receber a medicação pleiteada, bem como a ausência de condições financeiras para aquisição dos medicamentos.

2. Alegações da recorrente: Destacou-se que a assistência farmacêutica estatal apenas pode ser prestada por intermédio da entrega de medicamentos prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos incorporados ao SUS ou, na hipótese de inexistência de protocolo, com o fornecimento de medicamentos constantes em listas editadas pelos entes públicos. Subsidiariamente, pede que seja reconhecida a possibilidade de substituição do medicamento pleiteado por outros já padronizados e disponibilizados.

3. Tese afetada: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS (Tema 106). Trata-se, portanto, exclusivamente do fornecimento de medicamento, previsto no inciso I do art. 19-M da Lei n. 8.080/1990, não se analisando os casos de outras alternativas terapêuticas.

4. TESE PARA FINS DO ART. 1.036 DO CPC/2015

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento.

5. Recurso especial do Estado do Rio de Janeiro não provido. Acórdão submetido à sistemática do art. 1.036 do CPC/2015 (BRASIL, Superior Tribunal de Justiça, 2018, *on line*).

Observa-se preocupação em estabelecer parâmetros de vinculação diante da repetição de processos envolvendo a mesma matéria a evitar risco de julgamentos divergentes, em afronta à isonomia e à segurança jurídica.

(...) Sendo assim, verifica-se que o caso em tela impõe a esta Corte Superior de Justiça a modulação dos efeitos deste julgamento, pois vinculativo (art. 927, inciso III, do CPC/2015), no sentido de que os critérios e requisitos estipulados somente serão exigidos para os processos que forem distribuídos a partir da conclusão do presente julgamento (BRASIL, Superior Tribunal de Justiça, 2018).

Assim, estabeleceu-se, em repercussão geral, o preenchimento pelo requerente, dos requisitos de hipossuficiência, registro do fármaco na Anvisa e a necessidade da comprovação da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento pleiteado mediante a demonstração ineficácia dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, permitindo, seus

efeitos apenas, aplicáveis aos processos que forem distribuídos a partir de sua conclusão, em conformidade com a modulação de efeitos estabelecida nesse paradigma (maio de 2018).

De caráter vinculativo, os parâmetros fixados no Tema 106, do STJ estabelece como requisitos para o sucesso da pretensão a necessidade do registro do medicamento perante a ANVISA; a ineficácia ou incompatibilidade do tratamento oferecido pelo SUS e, por fim, a comprovação da hipossuficiência, que compreende além da condição personalíssima, mas em relação ao próprio custo do tratamento (BRASIL, SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2018, *online*; SOUSA, CAIO VALENÇA, 2017).

5.3. - Tema 793, do STF”

Recentíssimo precedente vinculante tratou precisamente da obrigatoriedade do poder público, em suas esferas federativas, no fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, reafirmando a solidariedade entre entes estatais conforme já fixado desde a STA 175 do STF na implementação de práticas que preservem a vida e a saúde do administrado permitindo cooperação conjunta (BRASIL, Supremo Tribunal Federal, 2010, *online*).

O julgamento pelo Supremo Tribunal Federal, sob a égide dos recursos repetitivos, RE nº 855.178 ED/SE, Rel. Ministro Fux (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. 2019, *online*) discutir e reafirmar tese da responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios nas ações da área de saúde estabelecendo, entretanto, ao julgador o direcionamento do cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinação do ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro com a seguinte ementa:

EMENTA. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. 1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente. 2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. 3. As ações que demandem fornecimento de

medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes. 4. Embargos de declaração desprovidos (RE 855178 ED, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Relator(a) p/ Acórdão: Min. EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 23/05/2019, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-090 DIVULG 15-04-2020 PUBLIC 16-04-2020) (BRASIL, Supremo Tribunal Federal. 2020, *online*).

Essa recente decisão trouxe relevantes consequências na judicialização, sobretudo quanto aos fármacos de alto custo para terapia não disponibilizada pelo SUS, ou seja, determinou que a Justiça Federal é a competente para processar e julgar demandas envolvendo medicamentos não listados já que em regra, medicamentos são incorporados mediante nota técnica emitida pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS – CONITEC, que, em seu parecer, recomenda ou não a inclusão, ou, por vezes, não há essa apreciação pelo órgão, ficando a decisão final sob o crivo do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, da União (SOUSA, CAIO VALENÇA, 2017).

Por fim há de restar consignado que, ainda no que se refere ao Tema 793 do STF, a responsabilidade solidária dos entes-públicos em matéria de direito à saúde permanece intocável e indiscutível sempre com a ênfase na expressão de determinar do ressarcimento de quem efetivamente suportou o ônus financeiro caracteriza pretensão de regresso e, portanto, secundária à pretensão principal (AMARAL, CARLOS EDUARDO RIOS DO, 2021).

Há, desta forma, bem definida, a responsabilidade solidária para fornecimento de medicamentos perante o SUS, conforme reconhecido anteriormente na STA 175, podendo, assim, os entes públicos serem demandados isolada ou conjuntamente, ocorrendo, eventualmente, a remessa do cumprimento para o ente responsável em razão da complexidade da atenção (BRASIL, Supremo Tribunal Federal, 2010, *online*).

6. A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA EM PROL DO PACIENTE QUE NECESSITA DE MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO

Dentre as instituições do Estado Democrático de Direito do sistema de justiça, a Defensoria Pública em prol dos hipossuficientes revela-se a mais importante representando não só o acesso à justiça e permanente inclusão social, mas também o direito à efetivação de direitos e liberdades fundamentais, sobretudo para reduzir desigualdades sociais e construir uma sociedade mais justa (MELLO MORAES, SÍLVIO ROBERTO, 1995).

Tal qual ocorreu com a saúde, a Defensoria Pública cumpriu o verdadeiro preceito fundamental contido na Constituição de 1988, com a fixação de suas atribuições em favor da população pobre conforme inserido no capítulo “DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS À JUSTIÇA”, no art. 134, que assim dispõe:

A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Nesse contexto constitucional, a Defensoria Pública surge como a principal missão da garantia, no sentido mais amplo do termo, do princípio da igualdade acolhendo e resguardando os direitos fundamentais da população desprovida de recursos materiais no acesso à justiça cuidando para a observância do exercício quanto à plena efetivação do Estado Democrático de Direito (PENÃ MORAES, GUILHERME BRAGA, 1997).

Essa preocupação em assegurar em mais alto grau o princípio da igualdade, não apenas uma garantia, como também poderoso instrumento em favor do cidadão hipossuficiente no Brasil, vai além da própria lei orgânica e até mesmo o dispositivo constitucional que regulamenta a Defensoria Pública para efetividade do Estado Democrático de Direito (MELLO MORAES, SÍLVIO ROBERTO, 1995).

Buscando manter o equilíbrio, ponderação entre essa necessidade infinita necessidades, as evidências e as políticas do SUS, a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, por seu órgão especializado em Saúde, tem atuação que busca solucionar demandas relacionadas à saúde pública, afetas a seus assistidos na busca da integração de todo o sistema de saúde, sempre com a finalidade do alcance da melhor atenção dos serviços dirigidos a cada

caso, sobretudo pela via judicial, do direito à saúde, por meio não só do fornecimento de medicamentos, como também transferências hospitalares, realização de exames, tratamentos diversos, consultas, entre outros.

Entretanto, na hipótese da judicialização de medicamento em favor do necessitado, atua a Defensoria Pública na verificação da prescrição médica não adequada ao protocolo clínico do SUS, buscando adequar o pedido às orientações e precedentes dos Tribunais superiores, parecer da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Notas Técnicas dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias da Saúde – (NATS) (CNJ, 2019, *on-line*).

A essência e razão de existir da atuação da Defensoria Pública é a condição de pobreza da pessoa e, coincidentemente, um dos requisitos do recurso repetitivo do **Tema 106, do STJ** é justamente a hipossuficiência financeira do requerente (embora a diretriz da universalidade do SUS) que, na judicialização tem particular relevância, devendo ser verificada de forma relativa, ou seja, analisando a ausência de recursos financeiros sob os aspectos da sua renda, em si, bem como do valor do medicamento prescrito, relativizando, pois, os critérios aferidos apenas com base na renda própria desse e/ou da família e, uma vez comprovado tal requisito, o seu fornecimento pode ser considerado imperativo (BRASIL, Superior Tribunal de Justiça, 2018, *online*; ROCHA, MÁRCIO SANTORO, 2018).

De relevante, em Direito Sanitário a atuação dos membros foi fixada no Manual de Atuação elaborado pela Corregedoria Geral da Defensoria Pública de Minas Gerais.

Mais do que atuação correcional, fiscalização entre outras da atividade funcional, dentre as funções mais relevantes Corregedor-Geral é justamente orientar os membros da instituição expedindo instruções, sem caráter vinculativo, respeitando a independência funcional, porém sempre objetivando a regularidade e o aperfeiçoamento no exercício de suas atribuições do Defensor Público.

Em Manual de Atuação, em 21 (vinte e um) artigos (arts. 61 a 82), a Corregedoria estabelece orientações para atuação do Defensor Público na área de Saúde Pública indicando preciosos caminhos na busca de um verdadeiro equilíbrio entre a efetividade ao direito à saúde em favor do necessitado preservando a melhoria do Sistema Único de Saúde (MINAS GERAIS, 2016).

Sempre priorizando solução que inclua meio de resolução extrajudicial para o conflito com entendimento com gestores, a participação popular visando o debate interinstitucional na execução das políticas públicas de saúde formalizando e ampliando contato com gestores e

elaborando ‘Termos de Cooperação Técnica’ como forma de solução do conflito independente de medida judicial, bem como estar presente nos eventos partilhando com os profissionais da saúde os pontos sensíveis das demandas.

Esgotados os esforços no sentido de alcançar soluções administrativas, o art. 65 orienta no sentido de que “...o defensor público direcionará seu atendimento no sentido de qualificar a postulação judicial que se fizer necessária”, identificando, no art. 66 os indicativos da inviabilidade (MINAS GERAIS, 2016):

I – pedido de fornecimento de medicamento, dieta, insumo de saúde e congêneres, não padronizados pelo Ministério da Saúde, ou pela gestão local do SUS; e, **II** – pleito cuja natureza já tiver sido negado, reiteradas vezes, pela gestão do SUS local (MINAS GERAIS, 2016).

Entretanto, esses requisitos que permitem a judicialização devem ser analisados em cada caso, concretamente, com base na documentação apresentada pelo paciente, eventual atendimento parcial do pleito obtido, bem como a real necessidade do assistido (art. 67) e, sobretudo, a obrigação de produzir elementos de prova que atestem a precisa indicação técnica do atendimento que será pleiteado e a inexistência de atendimento ofertado administrativamente pelo SUS (art. 70) (MINAS GERAIS, 2016).

A recomendação de relatório médico em forma de questionário é praxe atualmente exigida como *conditio sine qua non* para judicializar contido no art. 72, preenchida, preferencialmente, por médico vinculado ao SUS (MINAS GERAIS, 2016).

De extrema relevância, esse relatório, conforme descrito no art. 73, deverá apontar:

I – Ampla exposição técnica do quadro de saúde vivenciado pelo assistido; **II** – a inexistência de atendimento gratuitamente disponibilizado pelo SUS que contemple satisfatoriamente a necessidade do assistido; **III** – elementos indicativos da correta prescrição; **IV** – a quantificação (posologia) precisa do medicamento, insumo ou tratamento indicados; **V** – a urgência, com a indicação do risco a que se submete o assistido pela não utilização da medicação/insumo ou realização do tratamento prescrito.”. Não deverá, da mesma forma, as perguntas e respostas, deixar de trazer informações completas acerca das singularidades do paciente na concretude de cada caso, e, sobretudo, para exposição das respostas emitidas pelos profissionais de saúde, dentre os quais: **I** – identificação e breve qualificação do assistido; **II** – campo para identificação da doença e respectivo CID; **III** – campo para identificação de eventuais outras doenças que acometem o paciente **IV** – campo para identificação do insumo, tratamento, exame, medicamento, consulta, cirurgia ou procedimento prescritos; **V** – campo para informação sobre em que consiste a doença ;**VI** – campo para descrição do histórico do paciente e a evolução da doença referida; **VII** – campo para informação sobre as medidas médicas já tentadas sem sucesso; **VIII** – campo para

informação sobre o princípio ativo ou do nome científico do medicamento/insumo/exame/cirurgia ou aparelho solicitado; **IX** – campo para informação a respeito da finalidade do medicamento/insumo/exame/ cirurgia ou aparelho prescrito; **X** – campos para identificação dos medicamentos / insumos disponibilizados pelo SUS que, em tese, poderiam satisfazer à necessidade do assistido, seguido de espaço destinado à apresentação de justificativa que indique a impossibilidade de sua utilização; **XI** – campo para indicação da atuação ou não do profissional de saúde junto ao SUS e do atendimento do interessado no âmbito do SUS; **XII** – campo para elucidação posologia detalhada, com indicação da quantidade, concentração/ dosagem e da periodicidade do tratamento; **XIII** – campo para descrição dos riscos e consequências existentes e prováveis em razão da não adoção da medida prescrita. (art. 75) (MINAS GERAIS, Corregedoria Geral da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais. 2016).

O art. 76 orienta sobre os documentos que deverão instruir o pedido inicial, tais como:

I – cópia dos documentos pessoais do assistido e, se for o caso, se seu tutor ou curador, tais como C.P.F., R.G., comprovante de residência e comprovante de renda; II – declaração de hipossuficiência; III – relatório(s) médico(s); IV – orçamento da medicação/insumo/exame/cirurgia/aparelho, relevante para definir a competência do juízo; V – negativa administrativa de atendimento ou, ao menos, cópia da requisição administrativa protocolizada (MINAS GERAIS, Corregedoria Geral da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, 2016).

E ainda:

I – o procedimento adotado; **II** – relato dos fatos, contendo: **a)** histórico e quadro clínico da parte autora; **b)** medidas médicas frustradas e imprescindibilidade do procedimento/medicamento/ insumo prescrito; **c)** impossibilidade de substituição do procedimento/medicamento/insumo prescrito; **d)** riscos à parte autora (no caso de não receber procedimento/medicamento/insumo pleiteado) **e)** negativas administrativas; **f)** condição financeira da parte autora (MINAS GERAIS. Corregedoria Geral da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, 2016).

Objetivando, a sistematização, por fim, é sugerida ao Defensor Público, que todas as informações constantes das provas coligidas sejam exaustivamente organizadas na petição inicial para garantir que o pleito receba a liminar em tutela de urgência e, não sofra futura cassação no decorrer do processo, em especial em decorrência de recursos exaustivamente empregados pelos entes públicos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da nova ordem constitucional inaugurada em 1988 ao estabelecer a saúde como direito humano fundamental, apenas parte mínima da população, provida de recursos financeiros, contava com médicos particulares, o restante, amargurava todo o sofrimento de sua enfermidade sem qualquer garantia de socorro, posto que a assistência prestada era praticamente inexistente e dependente da filantropia ou caridade alheia.

Embora longe de ser indefectível, o SUS é expressão de democracia e justiça social como forma de conceber a distribuição da assistência à saúde constituindo avanço no caminho da prestação da saúde pública em favor da população como forma de garantia da cidadania plena e, por consequência, assegurando o direito à vida que foi, durante longo período preterido, e que, é resguardado relevância da atuação da Defensoria Pública na garantia do acesso à justiça diante da diretriz universalidade inserida na CF/88.

Com o acolhimento integral, universal e sobretudo, da equidade, dentre outras diretrizes do SUS, o papel da judicialização deve ter o papel de auxiliar no aperfeiçoamento do sistema não só enfrentando a gestão deficiente, como também, o acolhimento da terapia isenta de interesses puramente de mercado da indústria farmacêutica ou mesmo não revelados por seus prescritores, sobretudo diante da inquestionável importância do movimento da MBE lançando mão de forma permanente em favor da qualidade da assistência médica em favor do paciente.

Também atores na judicialização, posto que presentes, o Ministério Público Estadual e Federal, Defensoria Pública da União e ainda a advocacia particular, a atuação do Defensor Público Estadual, na área de saúde pública, visa não só garantir efetividade ao acesso ao direito à saúde, seja no exercício de sua missão constitucional de assistência ao necessitado, seja na atuação voltada para a melhoria do Sistema Único de Saúde, de modo a fomentar o debate interinstitucional, finalizar a execução dessas políticas públicas.

Precipuaente a atuação institucional é pautada em efetiva forma de garantir direito a uma vida digna e saudável e do mínimo existencial como corolário do direito à vida e para tanto integrar o assistido na demanda em consciência da sua posição e exigindo do profissional da saúde médico responsabilidade e plena utilidade na prescrição objetivando o equilíbrio na intervenção perante o SUS e o proveito não só para o paciente assistido pela Defensoria Pública Estadual, que deverá esgotar todos os meios de auto composição com o gestor público para evitar a judicialização e, somente em última possibilidade recorrer ao

judiciário sempre permitindo a preservação dos acessos igualitários e integral aos serviços oferecidos, bem como possibilitar a evolução de todo sistema de saúde do país buscando aprimorar políticas públicas em favor da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, CARLOS EDUARDO RIOS DO. [Tema 793 do STF, direito à saúde e coisa julgada parcial](#). *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 26, n. 6466, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/89090>. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal: Centro Gráfico. Brasília, DF, 1988. Disponível em: Acesso em: 07 fev. 2019 _____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de abril de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm> Acesso em 08 de julho de 2021.

_____. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em 09 de julho de 2021.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990 a. Disponível em: Acesso em 08 julho de 2021

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990 b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em 08 de de julho de 2021.

_____. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil Brasileiro. Brasília, DF: Senado, 2015. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em 12 de julho de 2021.

CAMBI, EDUARDO; BOHRZ, DANIELE BOFF. **Efetividade do Direito À Saúde Pública no Brasil**. Revista dos Tribunais | vol. 954/2015 | p. 119 - 151 | Abr / 2015

CAMPOS NETO, OROZIMBO HENRIQUES. GONÇALVES, LUIZ ALBERTO OLIVEIRA GONÇALVES. ANDRADE, ELI IOLA GURGEL ANDRADE. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/TvhmYHxb6MBmtPFmBSR8sVh/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 de agosto de 2020.

CARVALHO FILHO, JOSÉ DOS SANTOS; DABÉS LEÃO. SIMONE LETÍCIA SEVERO E SOUSA. **A concretização do Direito à Saúde pela Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**. Revista de Direito Sociais e Políticas Pública. p. 23-42. Jul-dez. 2019.

CARVALHO, GILSON. **A Saúde Pública no Brasil**, estudos avançados. 27 (78), 2013.

DECRETO Nº 4.682, DE 24 DE JANEIRO DE 1923 (Elói Chaves) Art. 9º *Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito: 1º, a socorros medicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia; 2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração.*

DTR\2015\2089

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da Saúde no Brasil. Perfil das Damandas. Causas e Soluções. - Brasília: CNJ, 2019. Disponível em <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>> Acesso em 18 de maio de 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. 1948. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> > Acesso em 09 de julho de 2021.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA – DENEN. 2020. <https://www.denem.org.br/2020/05/31/a-saude-publica-no-brasil-um-breve-resgate-historico-1500-1990/>. Acesso em 5 de julho de 2021.

FIGUEIREDO, MARIANA FILCHTINER. **O Sistema Único de Saúde e o Princípio da Sustentabilidade**. 2013.: **Interconexões e Perspectivas Acerca Da Proteção Constitucional Da Saúde**. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127772>>. Acesso em 18 de maio 2020.

FLEURY SÔNIA e ANTÔNIO IVO DE CARVALHO. **Instituto Nacional de Assistência Médica Da Previdência Social (INAMPS)**. 1993. <<http://www.Epsjv.Fiocruz.Br/Instituto-Nacional-De-Assistencia-Medica-Da-Previdencia-Social-Inamps>>. Acesso em 18 de maio 2020.

LOPES, A.A. **Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica**. 2000. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ramb/v46n3/3089.pdf>> Acesso em 30 de março de 2021.

LOPES. LUCIANA DE MELO NUNES; COELHO. TIAGO LOPES; DINIZ. SEMIRAMES DOMINGUES; ANDRADE.ELI IOLA GURGEL DE. **Saúde Soc. São Paulo. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempo de judicialização da saúde**. 2019. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zg4Jnz5w58m3Hp9d69BYPZJ/?lang=pt>> Acesso em 30 de março de 2021.

Manual de Atuação da Corregedoria Geral da Defensoria Pública de Minas Gerais — 2016

Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 132 p. – (Série E. Legislação de Saúde. Disponível em (<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4223>). Acesso em 18 de maio de 2020.

MATSUMOTO, HARUMI. Filantropia médica e assistência aos pobres. 2018. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33371>.> Acesso em 19 de abril de 2021.

MENDES, FERNANDO Q. A Ética na Prática Médica. 2002. (Bioética.vol. 10. 2002).

MORAES. GUILHERME BRAGA PEÑA DE. Assistência Jurídica Defensoria Pública e o Acesso à Jurisdição no Estado Democrático de Direito. Editora Lumes Juris. Rio de Janeiro. 1997.

MORAES. SÍLVIO ROBERTO MELLO. **Princípios Institucionais da Defensoria Pública. Lei Complementar de 12.1.1994. Anotada.** Editora Revista dos Tribunais. 1995.

OUTEIRO. GABRIEL MORAES DE; NASCIMENTO. DURBENS MARTINS. 2015. Judicialização do direito à saúde e suas limitações a repercussão do julgamento da STA 175-AgR/CE pelo Supremo Tribunal Federal. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/38509/judicializacao-do-direito-a-saude-e-suas-limitacoes>. Acesso em 22 de agosto 2020.

ROCHA. MÁRCIO SANTORO. A Suspensão de Tutela Antecipada 175 e a judicialização da saúde. 2018. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2018-abr-24/marcio-santoro-sta-175-judicializacao-saude>. Acesso em 26 de junho de 2021.

SANTOS. PAULO ROBERTO. Entenda como surgiu o Sistema Único de Saúde e por que existe a máxima “ruim com o SUS, pior sem ele” Disponível em <https://dalmass.com/entenda-como-surgiu-o-sistema-unico-de-saude-e-por-que-a-maxima-ruim-com-o-sus-pior-sem-ele/> acesso em 03 de julho de 2021.

SILVA, DE PLÁCIDO E .Vocabulário Jurídico, . 10ª edição, Rio de Janeiro, Forense, 1987.

SOARES. FERNANDO. Saúde pública brasileira: panorama histórico e desafios. <<https://cmtecnologia.com.br/blog/saude-publica-brasileira/>> Acesso em 5 de julho de 2021.

SOUSA. CAIO VALENÇA. Ativismo judicial e judicialização da saúde: análise do tema repetitivo nº 106 do Superior Tribunal de Justiça – STJ. 2017. <http://www.femipa.org.br/juridico/ativismo-judicial-e-judicializacao-da-saude-analise-do-tema-repetitivo-no-106-do-superior-tribunal-de-justica-stj/> Acesso em 4 de julho de 2021.

STF. STA nº 175/CE/STF, Relator Ministro GILMAR MENDES. 2010.< <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>> Acesso em 8 de julho de 2021.

_____. TEMA 793. **RE 855178** - Relator: MIN. LUIZ FUX - **responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.2019.** <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>> Acesso em 08 de julho de 2021.

STJ. TEMA 106 REsp 1.657.156 - RJ 2017/0025629-7. Relator (a). Min Benedito Gonçalves, julgado em 25/04/2018, DJ 04-5-2018. Disponível em: < <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>> Acesso em 7 de julho de 2021.