PODER JUDICIÁRIO

JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA

Seção Judiciária do Ceará - 3ª Vara Federal

	Sentença n°	/2014	
PROCESSO Nº: 08048	804-58.2014.4.05.8100	- PROCEDIMENTO	O ORDINÁRIO
AUTORA	a:		
]	REU: UNIÃO FEDER	AL (e outros)	

EMENTA: CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE TRATAMENTO ADEQUADO A PESSOA CARENTE. DEVER DO ESTADO. EXIGIBILIDADE JUDICIAL. MIELOMA MÚLTIPLO. MEDICAÇÃO PRESCRITA POR ESPECIALISTA: **BORTEZOMIBE** (VALCADE®). MEDICAMENTO REGISTRADO NA ANVISA, MAS AINDA NÃO INCORPORADO AO SUS. AUDIÊNCIA PÚBLICA REALIZADA PELO CONITEC RECOMENDANDO O USO DA MEDICAÇÃO TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA PARA A DOENCA. TRATAMENTO JÁ INICIADO. DIREITO À CONTINUIDADE DO TRATAMENTO.

- 1. Dentro da chamada "reserva do possível", o cumprimento dos direitos sociais pelo Poder Público pode ser exigido judicialmente, cabendo ao Judiciário, diante da inércia governamental na realização de um dever imposto constitucionalmente, proporcionar as medidas necessárias ao cumprimento do direito fundamental em jogo, com vistas à máxima efetividade da Constituição.
- 2. A exigibilidade de medicamento ou tratamento fora dos protocolos oficiais adotados pelo SUS deve ser visto com cautela, sobretudo quando há tratamento alternativo oficial. Em geral, ressalvados casos excepcionais, deve ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS, sempre que não for comprovada a impropriedade da política oficial.
- 3. No caso específico, embora exista tratamento alternativo (à base de Talidomida), há razões, relacionadas ao risco do uso da Talidomida, que justificam o fornecimento do tratamento com Bortezomibe. Além disso, a paciente já vem recebendo o tratamento, mostrando bons resultados, o que justifica a continuidade do fornecimento do remédio.
- 4. Procedência dos pedidos, com antecipação dos efeitos da tutela.

1. RELATÓRIO

Trata-se de ação civil pública ajuizada por contra a União Federal, o Estado do Ceará e o Município de Fortaleza, em que se alega que a autora é portadora de Mieloma Múltiplo e, em razão disso, necessita a medicação Bortezomibe (Valcade) que, por ser de alto custo, não tem sido disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde.

A antecipação de tutela foi concedida, obrigando os requeridos a fornecerem a medicação prescrita. Diante da informação prestada pela União, no sentido de que o CONITEC havia recomendado expressamente a não-incorporação do referido medicamento no protocolo do SUS, a antecipação da tutela foi suspensa, a fim de ouvir a médica responsável pelo tratamento.

As partes apresentaram contestação, onde defendem, além da ilegitimidade passiva, a não-inclusão do referido medicamento no protocolo médico da rede pública de saúde.

Houve instrução, em que foi ouvida a médica que está tratando da autora, bem como os técnicos do Ministério da Saúde.

É o que havia de relevante a relatar. Passo a decidir.

2. FUNDAMENTOS

Com relação à legitimidade passiva, a questão está pacificada a partir do entendimento de que, em se tratando de situação sem competência federativa bem definida (como é o caso dos autos, por se tratar de medicação fora do protocolo), a competência é solidária, podendo incluir qualquer ente da federação, isolada e conjuntamente. Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça já pacificou o entendimento de que "o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS é de responsabilidade solidária da União, Estados-membros e Municípios, de modo que qualquer destas entidades tem legitimidade ad causam para figurar no pólo passivo de demanda que objetiva garantir o tratamento médico adequado a pessoas desprovidas de recursos financeiros" (entre outros: AgRg no AREsp 413.860/MG, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 05/12/2013, DJe 06/03/2014).

Apesar de estar pacificada a responsabilidade solidária de todos os entes federativos em demandas de saúde, sobretudo quando não há uma previsão específica de competência já delimitada por lei ou pela própria Constituição, nada impede que se estabeleça um mecanismo para facilitar o controle do cumprimento da ordem judicial, a fim de evitar o cumprimento em duplicidade. Desse modo, como se trata de medicação cuja compra já vem sendo efetuada pelo Estado do Ceará, é razoável definir que a responsabilidade primária pela compra é do Estado. Em caso de obstáculo escusável ou de acordo entre os órgãos de saúde, poderá tal responsabilidade ser transferida para a União e, em último caso, para o Município. Creio que tal entendimento evitará eventuais problemas na execução do julgado.

Firmada a legitimidade passiva das partes, passo ao mérito.

A Constituição Federal de 1988 reservou um lugar de destaque para a saúde, tratandoa, de modo inédito no constitucionalismo pátrio, como um verdadeiro direito fundamental:

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

Qualificar um dado direito como fundamental não significa apenas atribuir-lhe uma importância meramente retórica, destituída de qualquer conseqüência jurídica. Pelo contrário, a constitucionalização do direito à saúde acarretou um aumento formal e material de sua força normativa, com inúmeras conseqüências práticas daí advindas, sobretudo no que se refere à sua *efetividade*, aqui considerada como a materialização da norma no mundo dos fatos, a realização do direito, o desempenho concreto de sua função social, a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o *dever-ser* normativo e o *ser* da realidade social (Cf. BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a Efetividade de Suas Normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira**. 3ª ed. São Paulo: Renovar, 1996, p. 83).

Atualmente, é reconhecida uma eficácia jurídica máxima a todas as normas definidoras de direito fundamental, inclusive aos direitos sociais (de cunho prestacional), como a saúde. Desse modo, dentro da chamada "reserva do possível", o cumprimento dos direitos sociais pelo Poder Público pode ser exigido judicialmente, cabendo ao Judiciário, diante da inércia governamental na realização de um dever imposto constitucionalmente, proporcionar as medidas necessárias ao cumprimento do direito fundamental em jogo, com vistas à máxima efetividade da Constituição.

Tem-se entendido, de forma quase pacífica na jurisprudência, que o direito à saúde, consagrado no art. 196, da CF/88, confere ao seu titular (ou seja, a todos) a pretensão de exigir diretamente do Estado que providencie os meios materiais para o gozo desse direito, como, por exemplo, forneça os medicamentos necessários ao tratamento ou arque como os custos de uma operação cirúrgica específica.

No que se refere ao fornecimento de remédios, mais especificamente remédios a portadores do HIV, a matéria chegou ao Supremo Tribunal Federal que tem decido da seguinte forma:

"PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF. ARTS. 5°, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. -O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. -O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5°, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF"[1].

Esse julgado, embora não tenha sido o pioneiro[2], merece destaque pela extensão e eficácia que atribuiu ao direito fundamental à saúde, servindo como baliza para diversos casos semelhantes.

O mesmo fundamento utilizado para obrigar o Poder Público a fornecer o medicamento a pessoas carentes pode ser utilizado para obrigá-lo a custear tratamentos e exames específicos, como por exemplo, exame de ressonância magnética[3], eletroencefalograma[4], fornecimento de aparelhos auditivos[5], implante de prótese[6], internação em UTI neo-natal em hospital particular[7], tratamento psiquiátrico ou psicológico a menor carente[8], internação médica em hospital particular, diante da ausência de vaga em hospital conveniado com o SUS[9], custeio de transporte para tratamento médico em outra localidade[10], transplante de medula óssea[11], implantação de aparelho cardioversos-desfibrilador ventricular[12] etc.

Em casos mais recentes, o Supremo Tribunal Federal também enfrentou a questão do fornecimento de medicamentos ou tratamentos fora do protocolo clínico do SUS. Em situações assim, o Supremo Tribunal Federal tem exigido bastante cautela por parte dos magistrados na concessão do direito ao medicamento.

De fato, no AgRegSL 47/PE e na STA 175, ambos julgados em 17/3/2010, o pleno do Supremo Tribunal Federal, acolhendo voto do Ministro Gilmar Mendes, definiu algumas diretrizes capazes de orientar a concessão de tutela antecipada visando o fornecimento de medicamento e tratamentos médicos. Nas referidas ações, pacificou-se o entendimento de que existe uma responsabilidade solidária de todos os entes da federação na concretização do direito à saúde. Do ponto de vista processual, isso significa que existe uma legitimação passiva concorrente entre a União, os Estados e os Municípios, quando estiver em jogo a proteção do direito à saúde. Também se enfrentou a possível tensão com o princípio da separação de poderes, em razão da interferência judicial nas políticas públicas de saúde. O entendimento pacificado é que, quando a ordem judicial limita-se a determinar o cumprimento de uma política pública já prevista, não há violação da separação de poderes. Por outro lado, o registro do medicamento na Anvisa é um fator importante para dar validade à ordem judicial. Apenas excepcionalmente, pode o juiz afastar tal exigência. Do mesmo modo, a exigibilidade de medicamento ou tratamento fora dos protocolos oficiais adotados pelo SUS deve ser visto com cautela, sobretudo quando há tratamento alternativo oficial. Em geral, deve ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS, sempre que não for comprovada a impropriedade da política oficial. Por isso, em princípio, o Estado não deve ser obrigado a fornecer tratamentos puramente experimentais (sem comprovação científica de sua eficácia). Em contrapartida, tratando-se de tratamento ainda não testado nem incorporado à política oficial, em razão da demora burocrática, a omissão administrativa pode ser objeto de impugnação judicial. Em todos os casos, é necessário especial cuidado na instrução do feito, a fim de investigar a situação particular de cada processo (sobre isso:

MARMELSTEIN, George. Curso de Direitos Fundamentais. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2014).

No ponto específico, vale reproduzir o trecho do voto do Ministro Gilmar Mendes que enfrenta diretamente a questão dos tratamentos fora do protocolo do SUS:

"Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS, é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de uma omissão legislativa ou administrativa, de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou de uma vedação legal a sua dispensação.

O segundo dado a ser considerado é a existência de motivação para o não fornecimento de determinada ação de saúde pelo SUS. Há casos em que se ajuíza ação com o objetivo de garantir prestação de saúde que o SUS decidiu não custear por entender que inexistem evidências científicas suficientes para autorizar sua inclusão.

Nessa hipótese, podem ocorrer, ainda, duas situações distintas: 1°) o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente; 2°) o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia.

A princípio, pode-se inferir que a obrigação do Estado, à luz do disposto no artigo 196 da Constituição, restringe-se ao fornecimento das políticas sociais e econômicas por ele formuladas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso porque o Sistema Único de Saúde fíliou-se à corrente da "Medicina com base em evidências". Com isso, adotaram-se os "Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas", que consistem num conjunto de critérios que permitem determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspondente com os medicamentos disponíveis e as respectivas doses. Assim, um medicamento ou tratamento em desconformidade com o Protocolo deve ser visto com cautela, pois tende a contrariar um consenso científico vigente.

Ademais, não se pode esquecer de que a gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e prestações de saúde, só torna-se viável mediante a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível. Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, de modo a prejudicar ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada. Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente

Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. Inclusive, como ressaltado pelo próprio Ministro da Saúde na Audiência Pública, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos. Assim, não se pode afirmar que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do

SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial.

Situação diferente é a que envolve a inexistência de tratamento na rede pública. Nesses casos, é preciso diferenciar os tratamentos puramente experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo Sistema de Saúde brasileiro.

Os tratamentos experimentais (cuja eficácia ainda não foi cientificamente comprovada) são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los.

Como esclarecido pelo Médico Paulo Hoff, Diretor Clínico do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, na Audiência Pública realizada, essas drogas não podem ser compradas em nenhum país, porque nunca foram aprovadas ou avaliadas, e o acesso a elas deve ser disponibilizado apenas no âmbito de estudos clínicos ou programas de acesso expandido, não sendo possível obrigar o SUS a custeá-las. No entanto, é preciso que o laboratório que realiza a pesquisa continue a fornecer o tratamento aos pacientes que participaram do estudo clínico, mesmo após seu término.

Quanto aos novos tratamentos (ainda não incorporados pelo SUS), é preciso que se tenha cuidado redobrado na apreciação da matéria. Como frisado pelos especialistas ouvidos na Audiência Pública, o conhecimento médico não é estanque, sua evolução é muito rápida e dificilmente acompanhável pela burocracia administrativa.

Se, por um lado, a elaboração dos Protocolos Clínicos e das Diretrizes Terapêuticas privilegia a melhor distribuição de recursos públicos e a segurança dos pacientes, por outro a aprovação de novas indicações terapêuticas pode ser muito lenta e, assim, acabar por excluir o acesso de pacientes do SUS a tratamento há muito prestado pela iniciativa privada.

Parece certo que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas. No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar.

Portanto, independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde" (voto do Min. Gilmar Mendes na SL 47/PE - AgReg).

Dito isso, passa-se à análise das particularidades do caso, a fim de verificar se o autor

faz jus ou não à medicação pleiteada.

PARTICULARIDADES DO CASO

Mirando na situação específica dos autos, há diversos aspectos que merecem ser apontados. Em primeiro lugar, na audiência em que foi ouvida a médica responsável pelo tratamento, foi informado que a paciente está recebendo a medicação, usando a sobra de outros pacientes, já estando no segundo ciclo de tratamento, de um total de quatro ciclos. Foi informado também que esse tratamento inicial (com Bortezomibe) é um preparativo para o transplante de medula óssea. Assim, tão logo sejam concluídos os ciclos desse tratamento, a paciente se submeterá ao transplante, podendo obter a cura para a sua doença (mieloma múltiplo).

Quanto à adequação do tratamento com Bortezomibe, há um laudo técnico elaborado pelo Conitec em 2010, recomendando a sua não-incorporação pela falta de dados empíricos mais robustos que demonstrem a sua superioridade em relação a outros tratamentos de menor custo. Confira-se a conclusão do referido laudo:

"Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem disponível para o tratamento do mieloma múltiplo recidivado ou refratário: dexametasona, talidomida, melfalana, prednisona, doxorrubicina e vincristina, além do transplante autólogo de medula óssea.

Os estudos selecionados apresentaram métodos de qualidade limitada, sendo utilizada uma revisão sistemática de estudos prospectivos e três ensaios clínicos randomizados e abertos.

Os resultados dos estudos demonstram eficácia do bortezomibe por via intravenosa em relação a altas doses de dexametasona por via oral. Entretanto, as limitações dos estudos não permitem concluir que bortezomibe seja superior à dexametasona. Não há estudo randomizado e controlado que compare bortezomibe à talidomida, não sendo possível também afirmar superioridade de um em relação ao outro. Assim, até o momento, com intensidade de recomendação "B", a melhor evidência científica disponível sugere apenas que bortezomibe por via intravenosa não seria inferior à administração de altas doses de dexametasona por via oral para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo recidivado ou refratário. Apesar de apresentarem resultados favoráveis, os estudos apresentam limitações metodológicas e intervalos de confiança amplos, sendo necessários estudos com métodos de melhor qualidade para comprovar sua superioridade à dexametasona e às outras terapias já estabelecidas".

Ocorre que, em novembro de 2014, foi realizada uma audiência pública pelo próprio Conitec, que aprovou as "Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas - Mieloma Múltiplo". Nessas diretrizes, o Bortezomibe foi expressamente incluído como uma dos esquemas

de quimioterapia de primeira linha, em se tratando de paciente elegível para transplante. É o que consta no item 8.3.1:

"8.3.1 Quimioterapia de primeira linha

Doentes elegíveis para transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) devem receber três a quatro ciclos de quimioterapia antineoplásica com finalidade citorredutora, sem melfalano, com o esquema disponível de maior taxa de resposta, idealmente baseado em três ou quatro antineoplásicos, seguido por coleta de células-tronco hematopoéticas e quimioterapia em alta dose com TCTH [92-94]. Um dos seguintes esquemas de quimioterapia de primeira linha pode ser igualmente indicado nos casos elegíveis para TCTH:

- a) Talidomida e dexametasona [95]; ou
- b) Bortezomibe e dexametasona[96]; ou
- c) Bortezomibe, talidomida e dexametasona[97,98]; ou
- d) Bortezomibe, doxorubicina e dexametasona[99,100]; ou
- e) Bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona[101]; ou
- f) Vincristina, doxorrubicina e dexametasona [102-104]; ou
- g) Vincristina, doxorrubicina lipossomal e dexametasona [105,106]; ou
- h) Talidomida, doxorrubicina lipossomal e dexametasona[106]; ou
- i) Ciclofosfamida, talidomida e dexametasona [107]; ou
- j) Dexametasona, ciclofosfamida, etoposídeo e cisplatina [108]; ou
- k) Dexametasona, talidomida, cisplatina, doxorrubicina, cisplatina e etoposídeo, com ou sem bortezomibe [109,110]".

Como se observa, a partir de novembro de 2014, o posicionamento do CONITEC a respeito do Bortezomibe foi alterado, passando, doravamente, a ser expressamente recomendado como tratamento de primeira linha.

Em face disso, fica claro que as razões adotadas para a suspensão da antecipação da tutela não merecem mais prosperar, devendo o pedido ser julgado procedente, para que a autora possa continuar o seu tratamento, na forma prescrita por sua médica.

3. DISPOSITIVO

Posto isso, JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS DA PRESENTE AÇÃO, a fim de reconhecer o direito da autora de continuar o seu tratamento, cabendo ao Estado do Ceará continuar o fornecimento do medicamento Bortezomibe na forma prescrita pela médica. Contate-se a COASF/SESA - Coordenadoria de Assistência Farmacêutica/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a fim de dar cumprimento ao aqui decidido, ficando, para tanto, desde já antecipados os efeitos da tutela.

A União e o Município de Fortaleza deverão prestar a assistência necessária ao Estado do Ceará, a fim de dar pleno cumprimento à presente decisão, devendo reembolsar, *pro rata*, os custos efetuados pelo órgão estadual.

Sem custas. Fixo os honorários de sucumbência em R\$ 1.000,00 para cada ente federativo.

Registre-se. Publique-se. Intimem-se.

Fortaleza, 29 de dezembro de 2014.



[1] RE 271.286/RS, Rel. Min. Celso de Mello, DJ 24/11/2000, p. 101.

[2] O Supremo Tribunal Federal, antes desse julgado, já havia reconhecido a obrigação de o Estado fornecer medicamentos a pessoas hipossuficientes com base no direito à saúde, por exemplo, nos RREE 195192/RS, 236200/RS, 247900/RS, 264269/RS, 242859/RS e 255627/RS. Além disso, o Superior Tribunal de Justiça, em inúmeros julgamentos, tem garantido o fornecimento de remédios a pacientes, às expensas do Estado. Por exemplo, no ROMS 11183/PR, Rel. Min. José Delgado, DJU 4/9/2000, p. 121, obrigou-se o Estado do Paraná a fornecer o medicamento Riuzol (Rilutek) a uma paciente portadora de esclerose lateral amiotrófica. No ROMS 13452/MG, Rel. Min. Garcia Vieira, DJU 7/10/2002, p. 172, reconheceu-se o direito de obtenção de medicamentos indispensáveis ao tratamento de retardo mental, heiatropia, epilepsia, tricolomania e transtorno orgânico da personalidade. No RESP 430526/SP, Rel. Min. Luiz Fux, DJU 28/10/2002, p. 245, foi garantido o custeio pelo Estado dos medicamentos necessários ao tratamento de hepatite "C", que teria sido contraído por delegado de polícia ao socorrer um preso que tentara suicídio. No

ROMS 11129/PR, Rel. Min. Peçanha Martins, obrigou-se o Estado a fornecer medicação (Interferon Beta) a portadores de esclerose múltipla. Em todos esses casos, o direito à saúde, decorrente do art. 196, da CF/88, foi considerado um verdadeiro direito subjetivo, passível de ser exigido judicialmente, independentemente de legislação integradora.

```
[3] TJRS, AI 70005170121, j. 23/10/2002.
```

- [4] TJRS, AI 70004239695, j. 12/6/2002.
- [5] TJRS, AC 70002532877, j. 2/8/2002.
- [6] TJRS, AC 70002508679, j. 30/5/2001.
- [7] TJMA, AC 24192002, DJ 28/11/02; TJES, MS n° 100990006817, j.. 21/09/00.
 - [8] STJ, MC 2540/RS, DJ 8/10/2001, p. 162.
- [9] Entre outros: TJMG, AC 000.273.982-9/00, DJ 6/9/2002; AC 000.294.055-9/00, DJ 13/11/2002.
 - [10] TJMG, AC 000.262.332-0/00, DJ 14/11/2002.
 - [11] TRF 4ª Região, AG 45090/PR, DJ 23/08/2000, p 272.
 - [12] TRF 4ª Região, AMS 199804010717940/RS, DJ 3/11/1999, p. 52.