

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

THAYS KARLA SEABRA GOMES

O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: UM OLHAR  
VOLTADO AOS PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA

SANTA RITA  
2019

THAYS KARLA SEABRA GOMES

O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: UM OLHAR  
VOLTADO AOS PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito, do Centro de Ciências Jurídicas, Departamento de Ciências Jurídicas, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Paula Albuquerque da Costa Correia

SANTA RITA  
2019

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

G633d Gomes, Thays Karla Seabra.

O direito social à saúde e dignidade da pessoa humana:  
um olhar voltado aos pacientes com neoplasia maligna /  
Thays Karla Seabra Gomes. - João Pessoa, 2019.  
55 f.

Orientação: Ana Paula Albuquerque da Costa Correia.  
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Direito à saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3.  
Políticas Públicas. 4. Neoplasia Maligna. I. Correia,  
Ana Paula Albuquerque da Costa. II. Título.

UFPB/CCJ

THAYS KARLA SEABRA GOMES

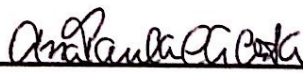
O DIREITO SOCIAL À SAÚDE E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: UM OLHAR  
VOLTADO AOS PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso  
de Direito, do Centro de Ciências Jurídicas,  
Departamento de Ciências Jurídicas, da Universidade  
Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção  
do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Paula Albuquerque da  
Costa Correia

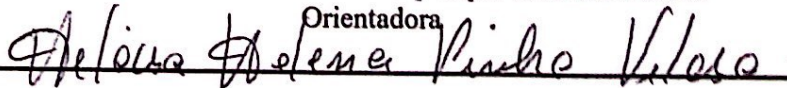
Banca examinadora:

Aprovado em 24 / 09 / 2019.



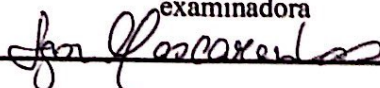
Professora Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Albuquerque da Costa Correia

Orientadora



Professora Dr.<sup>a</sup> Heloísa Helena Pinho Veloso

examinadora



Professor Me. Igor de Lucena Mascarenhas  
Examinador

*E também nos alegramos nos sofrimentos, pois sabemos que os sofrimentos produzem a paciência, a paciência traz a aprovação de Deus, e essa aprovação cria a esperança. Essa esperança não nos deixa decepcionados, pois Deus derramou o seu amor no nosso coração, por meio do Espírito Santo, que ele nos deu (Romanos 5:3-5).*

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço ao Senhor Jesus, que me deu forças para chegar até aqui, e perseverar nesta caminhada, para que mais uma etapa da minha vida fosse concluída. Ele me sustentou, me guiou e me ajudou a superar todas as dificuldades ao longo do caminho. A Deus, meu mestre e melhor amigo, toda honra e glória hoje e sempre, amém.

Aos meus pais, por todo esforço não apenas durante esses cinco anos de curso, mas por todos os dias me incentivarem a ser alguém melhor, a fazer a diferença, a estudar para alcançar meus objetivos, e por investirem tanto em minha educação, com tanto carinho, dedicação e amor. Obrigada por serem fundamental na minha vida; sem vocês, nada disso seria possível.

À minha mãe, minha melhor amiga, minha companheira. Obrigada por tanto carinho, conselho, paciência, por ter me dado forças para chegar onde estou hoje, e por cada oração, principalmente. A senhora é um verdadeiro exemplo de mulher, esposa, de mãe. Te amo!

Ao meu pai, por tantas conversas sobre a vida, por compartilhar comigo um pouco do mundo jurídico, e por acreditar em mim. Obrigada por tanto; tudo que o senhor fez e faz por mim é guardado com muito carinho e amor. Obrigada pelo companheirismo, te amo!

À minha irmã, por desde sempre sonhar meus sonhos e estar comigo, me defendendo e me ajudando no que precisei. Obrigada por torcer tanto pela minha felicidade, minha branquela. Te amo!

Aos meus amigos e companheiros de turma, especialmente Antonio, Bru e Lua. Sou grata por ter tido a oportunidade de conhecê-los e de ter contado com vocês durante a graduação, e também fora dela. Obrigada pelos estudos em grupo, pelo carinho recíproco e por todo companheirismo.

À minha orientadora, por ter me auxiliado, pelas correções, pela paciência, ajuda e por ter sido fundamental na construção deste trabalho.

A todos os meus colegas e amigos que, direta ou indiretamente, estiveram comigo, dando força e me apoiando ao longo desses anos, torcendo pela minha vitória; que Deus os abençoe grandemente.

## RESUMO

O presente estudo tem, como objetivo principal, a identificação da importância que o direito a saúde apresenta, como um direito fundamental, e também a análise e importância da dignidade da pessoa humana, especialmente no tocante aos pacientes com neoplasia maligna. Foi demonstrado, historicamente, o conceito primitivo da saúde, e a construção dos direitos sociais, e sua consolidação normativa no Brasil, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988. À vista disso, procurou-se enfatizar o conceito da saúde, direito à saúde, e da dignidade da pessoa humana, e também da criação do Sistema Único de Saúde, de forma igualitária e universal, como um importante instrumento de concretização das políticas públicas. Porém, é evidenciado no trabalho que nem sempre o SUS atende às demandas dos pacientes, e traz à tona a problematização acerca da efetivação desses direitos, no ordenamento jurídico brasileiro. Além disso, o trabalho ainda analisa as legislações específicas infraconstitucionais pertinentes aos pacientes com neoplasia maligna, no âmbito da saúde pública, e como estes direitos podem ser requeridos e executados na prática. Outrossim, foi realizada pesquisa bibliográfica, através da coleta de informações em artigos científicos, livros, mestrados, dissertações sobre a temática proposta, para além de pesquisas em documentos jurídicos como legislações. Neste trabalho, ainda, foram feitos usos de dados quantitativos obtidos no Instituto Nacional do Câncer, INCA. Por fim, o trabalho concluiu que mesmo havendo legislações específicas que versam sobre a temática, ainda existe muita omissão estatal na concretização de tais leis, cabendo, portanto, ao Ministério Público e Defensoria Pública defender tais pacientes e buscar a concretização de seus direitos.

**Palavras-chave:** Direito à saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas. Neoplasia Maligna.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 DIREITOS FUNDAMENTAIS: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, DIREITO À VIDA E DIREITO À SAÚDE .....	10
2.1 SAÚDE: CONCEPÇÕES PRIMITIVAS .....	10
2.2. DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DIREITO À VIDA .....	13
2.3 DIREITOS SOCIAIS: DIREITO À SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL.....	18
3 POLÍTICAS PÚBLICAS, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO E DEFENSORIA PÚBLICA NO TOCANTE AO DIREITO À SAÚDE.....	24
3.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	28
3.3 ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO E DEFENSORIA PÚBLICA NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA .....	36
4 DIREITOS E LEGISLAÇÕES INERENTES AOS PACIENTES ACOMETIDOS COM NEOPLASIA MALIGNA E CUIDADOS PALIATIVOS .....	39
4.1 NEOPLASIA MALIGNA .....	39
4.2 LEGISLAÇÕES INFRACONSTITUCIONAIS ESPECÍFICAS E CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
REFERÊNCIAS .....	50



## 1 INTRODUÇÃO

Direito e saúde são áreas que, apesar de estarem em âmbitos distintos, apresentam relação e relevância na visão social e jurídica. Por causa das ações do Poder Judiciário e as decisões jurisprudenciais, o elo existente entre os devidos temas se fortaleceu. O conceito de saúde é amplo, não se restringindo apenas ao físico. A declaração de Alma-Ata, referente à Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, em 1978, conceitua a saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Portanto, é classificada como um direito fundamental de todo indivíduo. (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 1).

Além do quesito físico, a saúde também tem relação com o aspecto mental, social, econômico, político e cultural. Uma das primeiras concepções de saúde tinha relação com a parte mágico-religiosa, isto é, a ausência de saúde era vista como resultado do pecado, da desobediência divina ou maldição no organismo. (SCLIAR, Moacyr, 2007). A saúde no oriente médio, conforme expõe Scliar (2007), era atrelada às forças vitais existentes no organismo, de forma que se o corpo funcionasse regularmente, haveria saúde; caso contrário, entraria em cena a doença.

Como um direito à cidadania, a saúde aparece na Constituição Federal de 1988, no título VIII – da ordem social – , capítulo II (da seguridade social) - seção II (Da saúde), tanto da perspectiva política e econômica, quanto social; encontra-se disposta nos artigos 196 a 200. Sendo assim, consta-se o fato de a saúde ser uma garantia constitucional.

Da perspectiva da dignidade da pessoa humana, o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) traz que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (...)”. Em seu artigo 25, a Declaração supracitada aduz que é direito inerente a todo ser humano saúde, bem-estar (...) cuidados médicos, serviços sociais indispensáveis, (...) direito à segurança em caso de doença (...) (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

Elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, a Declaração foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações. Ela estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos (Nações Unidas Brasil).

Trazendo para o ordenamento brasileiro, o artigo 1º, caput, da CF/88, elenca os direitos fundamentais, e dentre eles, no inciso III, encontra-se a dignidade da pessoa humana. Assim,

foi com a Constituição de 1988 que o princípio da dignidade humana teve maior destaque, evidenciando-se, portanto, a devida proteção trazida e prestada pelo Direito.

E não há que se falar em direito social à saúde, sem relacioná-lo com a dignidade da pessoa humana, vez que a saúde é um dos meios mais importantes para que, de fato, seja concretizada a dignidade humana. (PEREIRA, CARDOSO e FEITOSA, 2017).

(...) a dignidade humana se desdobra como a essência da promoção de direitos fundamentais, pois não há sentido em proteger o direito à vida, à segurança, à propriedade, à igualdade, à liberdade, ao trabalho, à moradia, e à saúde, entre outros positivados na CF/88, quando esta proteção não tem o objetivo principal a preservação da dignidade inerente à pessoa humana. (PEREIRA, CARDOSO e FEITOSA, 2017, p. 205.).

A Lei n. 8.080, de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em seu artigo 2º, garante que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

No caso específico dos pacientes acometidos com a neoplasia maligna (câncer), existem legislações específicas que lhes garante direitos próprios, diante das circunstâncias em que se encontram de maior vulnerabilidade. O câncer traz diversas consequências não apenas para os que estão em tratamento, mas também para os familiares que acompanham durante todo o processo.

Ao Estado, a responsabilidade de garantir a efetivação das políticas públicas econômicas. Reforçando tal entendimento, a Lei n. 8.080/90, em seu artigo 4º, institui que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Na omissão do Estado, o Ministério Público e Defensoria Pública assumem o papel de efetivação das políticas públicas, uma vez o paciente não pode ficar sem o devido tratamento, tampouco ter seu direito violado, pois quando se fala do direito à vida, o direito à saúde é fundamental. Portanto, buscam fiscalizar se houve omissão do Estado, no tocante à saúde pública.

Também, os cuidados paliativos são importantes nessa fase; são aqueles cuidados fornecidos a quem está acometido com a doença grave, e que objetivam, através de uma tentativa de dirimir o sofrimento, fornecer melhor qualidade de vida; não somente aos pacientes, mas, da mesma forma, aos seus familiares. Ressalta-se que não se trata apenas de alívio de dor física, mas espiritual, psicológica e social. (Instituto Nacional de Câncer – INCA 2018).

Para o desdobramento do trabalho, foi utilizado o método dedutivo, partindo de ideias e conceitos mais amplos e gerais, para os específicos. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica, através da recolhida de informações em bases de dado como artigos científicos, livros, dissertações e teses sobre a temática proposta. Também foram utilizadas consultas a documentos jurídicos, como à Constituição Federal e demais legislações que versam sobre o assunto em questão.

A pesquisa realizada é de fundamental importância para a análise técnica e científica acerca da dignidade da pessoa humana no ordenamento jurídico brasileiro, bem como para mostrar a importância que os direitos sociais têm, mais precisamente relacionados aos pacientes com neoplasia maligna. Sendo assim, o trabalho tem relevância na medida em que permite maior efetivação de tais direitos sociais, que são necessários no tocante ao direito à vida, expresso na Constituição Federal de 1988.

## **2 DIREITOS FUNDAMENTAIS: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, DIREITO À VIDA E DIREITO À SAÚDE**

Falar sobre direitos fundamentais é lembrar dos direitos que envolvem o indivíduo, a política e a sociedade. Eles têm o objetivo de defender a dignidade humana. Foram criados também pela necessidade vista, pela população, para limitar os abusos estatais. Não apenas tratam de situações jurídicas, relacionadas ao direito positivo, tendo aplicabilidade imediata, mas também se relacionam com a personalidade de cada indivíduo.

Para falar dos direitos fundamentais, será tratado neste capítulo também sobre a dignidade da pessoa humana, que ganhou maior expressividade com a Declaração dos Direitos Humanos, em 1948, e a sua importância tanto no âmbito internacional quanto nacional, no tocante ao ordenamento jurídico brasileiro.

Será tratado também sobre o histórico do direito à saúde, que ganhou maior destaque com a Constituição Federal de 1988, ganhando um capítulo somente para tratar do direito à saúde. Posteriormente, será também abordado a significância deste direito por ser constitucional e fundamental.

### **2.1 SAÚDE: CONCEPÇÕES PRIMITIVAS**

Para entender o direito à saúde como um direito fundamental, presente na Constituição Federal de 1988, é necessário um breve estudo da historicidade da saúde; a partir disso, será possível observar como o conceito foi sendo desenvolvido ao longo do tempo, chegando ao *status* constitucional. Foi através de movimentos sociais que buscavam a democratização da saúde que tal status foi alcançado.

Portanto, necessário se faz o estudo do direito à saúde, bem como de seus cuidados, na qualidade de fenômeno sociocultural, para que os fatores que influenciaram seu conceito, seja da perspectiva social, econômica, política ou cultural, sejam tratados.

Como já citado neste trabalho, uma das primeiras acepções ligadas à saúde foi de cunho religioso, fruto do entendimento da antiguidade. Como doença, ou falta de saúde, era vista pelos povos primitivos como se fora castigo divino ou algo ligado à magia ou a espíritos. Em outras palavras, a doença correspondia ao pecado humano. (SCLIAR, 2007). Para os Hebreus, por exemplo, a saúde era concedida por Deus.

E disse: Se ouvires atento a voz do Senhor teu Deus, e fizeres o que é reto diante de seus olhos, e inclinares os teus ouvidos aos seus mandamentos, e guardares todos os

seus estatutos, nenhuma das enfermidades porei sobre ti, que pus sobre o Egito; porque eu sou o Senhor que te sara (Bíblia Sagrada, Êxodo 15:26).

Como aponta Scliar (2007), essa concepção de ausência de saúde como resultado da força divina ganhou relevância durante a Idade Média. O entendimento teológico de doença perdurou na Idade Média, ainda, pois foi neste período houve muitas doenças contagiosas e fortes pestes assolaram o povo. Portanto, nesta época, a principal responsável pela promoção de saúde aos enfermos foi a igreja, visto que a caridade era um dos deveres morais imputados aos cristãos.

A igreja, ainda, atrelava até o fato de existir esterilidade como a manifestação do pecado sobre a vida das pessoas, e consequente ofensa e desobediência às leis divinas, tão valorizadas e respeitadas pela igreja à época. Por causa disso, era comum que o doente fosse isolado da sociedade;

o doente era isolado até a cura, um procedimento que o cristianismo manterá e ampliará: o leproso era considerado morto e rezada a missa de corpo presente, após o que ele era proibido de ter contato com outras pessoas ou enviado para um leprosário. Esse tipo de estabelecimento era muito comum na Idade Média, em parte porque o rótulo de lepra era frequente, sem dúvida abrangendo numerosas outras doenças (SCLIAIR, 2007, p. 31).

Por isso, durante a Idade Média, o cristianismo foi visto como um lugar de refúgio para os doentes, e não como um lugar de cura, necessariamente. Tal fato reforça e demonstra a exclusão que existia com os enfermos.

Posteriormente, todavia, começou-se o questionamento se a doença realmente deveria ser atrelada ao cunho religioso. O então considerado pai da medicina, Hipócrates, através de seus estudos, revela que, para ele, a concepção de saúde não mais devia ser atrelada às divindades, e sim aos quatro fluidos corporais.

Reforçando este pensamento, explica Maria Antunes Martins (2005), que a doença, portanto, seria atrelada ao desequilíbrio destas forças naturais existentes dentro e fora do ser humano. Explica ainda que foi no século XIX que as doenças transmissíveis se tornaram conhecidas, devido ao progresso das ciências bacteriológicas, e já no século XX, a saúde tomou um conceito mais amplo.

Diante do exposto, é possível perceber que as primeiras ideias relacionadas à saúde possuíam cunho religioso, teológico, sempre ligado a divindade; e a doença, portanto, encarada como consequência da desobediência, ou seja, como uma espécie de punição. Posteriormente, passou a ser entendida a partir da perspectiva física e biológica.

Posterior a essa fase acima tratada, outra corrente de pensamento foi desenvolvida.

O ambiente social do fim do século passado e primeira metade do século XX, auge da Revolução Industrial, propiciou o debate entre as duas grandes correntes que buscaram conceituar a saúde. De um lado, grupos marginais ao processo de produção que viviam em condições de vida miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia (...). Por outro lado, a descoberta dos germes causadores de doença e seu subsequente isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, falava a favor da conceituação da saúde como ausência de doenças. Com efeito, as drogas aperfeiçoadas, adequadamente empregadas, resultaram na cura de várias doenças, salvando muitas vidas. (DALLARI, 1988, p. 58).

Portanto, com a revolução industrial e consequente urbanização, houve uma notória e significativa mudança social. Neste período, houve uma segregação do campo para a cidade, onde o crescimento das fábricas só aumentava. Assim, grande foi a proliferação de doenças, o que impulsionou as primeiras reivindicações, por parte do Estado, de melhores condições sanitárias (FIGUEIREDO, 2007).

O Estado começou, então a se preocupar em manter a mão de obra fabril. Mas como as doenças muito se alastraram, logo o Estado cuidou de garantir a saúde aos trabalhadores, para que a produção não diminuísse tanto.

Então, para que houvesse a definição de um conceito internacional de saúde, foi essencial que houvesse a criação da Organização das Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde, pós o término da Segunda Guerra Mundial (SCLIAR, 2007).

Como já citado neste trabalho, o conceito de saúde para a Organização Mundial de Saúde (1946) vai além da saúde física, da ausência de enfermidades, pois também considera o bem-estar mental e social.

Assim, surge o aspecto de saúde não mais ligada à religião, ou ao castigo divino, desmitificando o conceito primitivo. Pela primeira vez, o conceito de saúde apresentou mudança significativa, criando-se uma concepção ampliada do termo, e passou a considerar, então, as influências externas, e não somente a ausência de doenças.

Assim, o conceito de saúde vai muito além de apenas evitar riscos ou tratar as doenças; é voltado também à promoção de uma melhor qualidade de vida. A saúde passou a ser considerada como um direito fundamental de todo indivíduo, independente de raça, cor, sexo.

Somente em 1946, com a Organização Mundial da Saúde, datada de 22 de julho de 1946, e ratificada pelo Brasil pelo Decreto Lei n. 36406, de 1974, que a saúde passa a ter um enfoque maior, mundialmente. Neste sentido,

Pela primeira vez encontrava-se um consenso acerca da temática sanitária, envolvendo a não somente no aspecto de ausência de doenças, mas também sob a ótica da sua promoção, em total reconhecimento da saúde como um direito fundamental de todo o ser humano indistintamente. Reconhece-se, também, a saúde

como um elemento de paz social e segurança, sendo consenso que a saúde preservada é uma variável essencial para o desenvolvimento dos povos (LUCION, 2016, p.23).

Ou seja, conforme expõe Lucion (2016), a saúde deve ser considerada, portanto, elemento de segurança e paz para os cidadãos, posto que é um direito fundamental e recurso essencial para que a sociedade como um todo seja desenvolvida. O conceito de saúde é, portanto, ampliado.

Essa ideia de saúde ampliada também foi apresentada pela Declaração de Alma-Ata (1978), por sua vez, enfatiza que “A saúde (...) é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”.

Reconhece, portanto, a saúde algo que faz parte para o desenvolvimento das pessoas. Neste sentido, “a medicina tornou-se uma instituição de interesse coletivo, pois o Estado poderá exigir mais dos profissionais da saúde para o atendimento de doentes e o estabelecimento da ordem pública e da paz social” (DINIZ, Maria Helena, 2017, p.200).

Em decorrência do exposto neste tópico, trazendo a ideia da saúde como um direito fundamental social, que ganhou destaque na Constituição Federal de 1988, tendo seu conceito ampliado no sentido de não apenas significar ausência de doença, mas também como um meio de desenvolvimento da população, fica claro a importância do tema para o direito.

## 2.2. DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DIREITO À VIDA

Os direitos fundamentais, também conhecidos como direitos humanos, direitos naturais, liberdades fundamentais, são os que tratam dos direitos individuais, políticos e sociais. São direcionados, sobretudo, para tutelar, no sentido mais amplo, a dignidade da pessoa humana, que será tratada mais adiante neste trabalho. Nesse sentido,

(...) de maneira sintética, necessário ter em mente a evolução dos direitos humanos, desde as primeiras declarações, passando por suas diversas transformações até o aparecimento e a inclusão dos direitos sociais, para então situar nestes o direito à saúde. Tal direito, como se verá, atualmente tem sua real amplitude no Brasil através da CF, que o elenca como direito social e fundamental (LUCION, 2016, p.24).

Segundo entendimento de Alexandre Moraes (2013), tais direitos fundamentais estabelecem condições mínimas de vida e desenvolvimento da personalidade humana, e conforme José Afonso da Silva (2018), trata de situações jurídicas, no direito positivo, tutelando

a dignidade, igualdade e liberdade da pessoa humana. Como dispõe o art. 5º, § 1º da CF/88, tais normas dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

Algumas propriedades destes direitos devem ser apontadas neste estudo. Doutrinariamente, esses direitos fundamentais são classificados como: imprescritíveis, porque não há intercorrência temporal, isto é, não são perdidos ao passar do tempo; inalienáveis, uma vez que inegociáveis e intransferíveis, não possuindo cunho patrimonial; irrenunciáveis; invioláveis, universais, ou seja, independe de nacionalidade, raça etc.; efetivos, visto que o poder público atua diretamente para que sejam estes direitos garantidos; interdependentes e complementares (MORAES, 2013).

Apesar de a preocupação com a saúde ser um tema antigo, a positivação e o reconhecimento universal são recentes. Trazendo para a Constituição Federal de 1988, encontram-se dispostos no Título II, direitos e garantias fundamentais, e se subdividem em cinco capítulos: direitos individuais e coletivos; direitos sociais; nacionalidade; direitos políticos e partidos políticos. Para fins deste trabalho, o foco será tratar dos direitos políticos, no tocante à dignidade da pessoa humana, e direitos sociais, no qual a saúde está inserida.

A partir da positivação do direito à saúde como um direito fundamental, na Constituição Atual, e demais avanços internacionais no quesito dos direitos humanos, este direito tomou ainda mais força.

A Constituição Federal de 1988 é também chamada de Constituição Cidadã, democrática. Tal fato fica evidente a partir do seu preâmbulo:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (BRASIL, 1988).

Conforme dispõe José Afonso da Silva (2018), a CF/88 foi responsável pelo maior desenvolvimento das tutelas individuais, jurídicas, econômicas e sociais, e econômicas; com isso, a atual constituição trouxe, indubitavelmente, um marco legislativo para o ordenamento jurídico brasileiro.

Porém, não obstante a Constituição Federal de 1988 ter sua relevância para o assunto dos direitos fundamentais, como referência de concretização destes direitos, há que se observar a carência, por parte do Estado, de executar, na prática, tais direitos que têm previsão constitucional (FARIAS, 2018).



Em seu art 1º, além de ressaltar mais uma vez o caráter democrático, no caput, o inciso III traz um ponto de muita importância para este estudo: a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Brasileira, e como sendo a essência de todo o ordenamento jurídico.

No âmbito internacional, várias foram as batalhas enfrentadas, ao longo dos anos, que impulsionaram o reconhecimento da dignidade humana como característica própria de cada um, como a exemplo das duas grandes guerras mundiais. Foi em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) que houve sua consagração máxima, concreta. Já em seu art. 1º, tal declaração afirma que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

É possível afirmar que os Direitos Humanos representam a consolidação das lutas históricas travadas na busca pela existência digna. Não se trata apenas de dados isolados, mas sim do esforço humano em constante processo de construção e reconstrução com o objetivo de afirmar valores da nossa própria história, dentro de um espaço de luta e ação social. (ALVES; CARDOSO. 2016, p.10).

Por ser a consolidação de lutas históricas, tanto de conflitos internos quanto externos, referentes a tutela de novas liberdades, bem como luta pelos bens essenciais da vida, como forma de garantir aos indivíduos uma vida digna, de forma igualitária e justa a todos.

Em junho de 1945 houve a aprovação da Carta das Nações Unidas, com a finalidade de manter a paz e segurança internacional; tomar medidas que possam evitar ameaças à paz; reprimir atos de agressão; evitar situações que possam perturbar a paz. Também objetiva haver relações amistosas entre as nações, tomando medidas que gerem paz universal. Conforme consta o artigo I da Carta.

A Carta das Nações Unidas, por sua vez, criou a Organização das Nações Unidas, ONU, que é uma organização formada por países que trabalham em conjunto, de forma voluntária, para a promoção da paz e desenvolvimento mundial. Dentre os seus objetivos, a ONU quer implementar um possível sistema de proteção internacional dos direitos humanos, bem como os demais princípios estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A Conferência de Genebra, de 1894, também teve parcela importante no tocante aos direitos humanos, internacionalmente, pois

representou um enorme esforço normativo que visava proteger os direitos das pessoas envolvidas nos conflitos, fossem elas civis ou militares. É por esse motivo que se afirma que o Direito Humanitário, cujas bases foram solidificadas pela Convenção de Genebra e seus protocolos adicionais, pode ser apontado como pioneiro da internacionalização da proteção humana (ALVES; CARDOSO. 2016, p.12).

Não diferente é no cenário brasileiro, visto que em todo o ordenamento jurídico deve ter, na figura da pessoa humana, sua fundamentação e, a partir disso, assegurar uma qualidade de vida com dignidade, através da execução dos direitos e promoção das liberdades sociais, individuais e coletivas.

Não é surpresa, a este ponto, dizer que a dignidade humana ganhou maior destaque com Constituição Federal de 1988, sendo elevada à categoria de princípio.

A dignidade humana se desdobra como a essência da promoção de direitos fundamentais, pois não há sentido proteger o direito à vida, à segurança, à propriedade, à igualdade, à liberdade, ao trabalho, à moradia, e à saúde, entre outros positivados na CF/88, quando esta proteção não tem como objetivo principal a preservação da dignidade inerente à pessoa humana. (OLIVEIRA; DINIZ; COSTA; 2017, p. 205).

Desta forma, ao buscar meios para que os direitos do homem sejam efetivados, a dignidade da pessoa humana, que possui o papel de nortear o sistema constitucional brasileiro (isto é, é essencial e para que haja melhor interpretação do ordenamento jurídico brasileiro), se torna imprescindível não somente no âmbito jurídico, mas para a vida em sociedade, visto que os direitos fundamentais devem ser resguardados.

Fazendo uma exposição da medicina passada com a medicina atual, Maria Helena Diniz (2017) esclarece que

De Hipócrates à época atual, com as Ordens de Médicos e os Conselhos de Medicina, consagrou-se a concepção válida para toda ciência: o conhecimento deve estar sempre a serviço da humanidade. Urge, portanto, a imposição de limites à moderna medicina, reconhecendo-se que o respeito ao ser humano em todas as suas fases evolutivas (antes de nascer, no nascimento, no viver, no sofrer e no morrer) só é alcançado se tiver atento à dignidade humana (DINIZ, Maria Helena. 2017, p. 42).

A dignidade humana, portanto, é uma qualidade intrínseca do homem, constituindo aquilo que o identifica como tal; uma vez que independente de sexo, raça, cor, o ser humano é dotado de direitos que devem ser respeitados. Em havendo algum desrespeito, tal ato deverá ser renegado. Para isso, cabe aos juristas e aplicadores do Direito lutar para que tais direitos sejam efetivados.

Deve ser analisada não apenas pelo âmbito jurídico, conforme constando no art. 1º, III, da Constituição atual, mas também sob o viés da bioética, em todas as sociedades humanas, inclusive internacionalmente. Maria Helena Diniz (2017) ainda lembra da importância que a dignidade humana tem internacionalmente, exemplificando o constante no art. 6º da Declaração sobre a Utilização do Progresso Científico e Tecnológico no Interesse da Paz e em Benefício da Humanidade, realizada pela ONU em 1975.

Art. 6º - Todos os Estado deverão adotar medidas para que os benefícios da ciência e tecnologia abranjam todas as camadas da população e para as proteger, tanto social como materialmente, contra eventuais efeitos nocivos de uma má utilização dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, incluindo a sua utilização perversa para violar os direitos do indivíduo ou do grupo, em particular no que concerne ao respeito da privacidade e à proteção da personalidade humana e da sua integridade física e intelectual.

Fábio Konder Comparato (2017), ao tratar da dignidade humana, considera que

(...)ela, diferentemente das coisas, um ser considerado e tratado, em si mesmo, com um fim em si e nunca como um meio para a consecução de determinado resultado. Ela resulta também do fato de que, pela sua vontade racional, só a pessoa vive em condições de autonomia, isto é, como ser capaz de guiar-se pelas leis que ele próprio edita (COMPARATO, 2017, p. 34).

Pelo fato de todo ser humano ser dotado de valor próprio, isto já demonstra sua natureza única e insubstituível; tal fato reafirma que a dignidade da pessoa é singular, ou seja, existe de forma particular em todo indivíduo (COMPARATO, 2017).

Outro importante direito fundamental que merece destaque neste trabalho é o direito à vida. A atual constituição, em seu art. 5º, caput, expõe: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Assim, existe uma garantia de que esses direitos serão invioláveis, ao menos na teoria.

Portanto, ao Estado cabe assegurar que esse direito fundamental seja preservado e de fato concretizado. Ninguém pode ser privado de sua vida. Assim,

O Estado deverá garantir esse direito a um nível de vida adequado com a condição da pessoa humana e valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e, ainda, os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, garantindo o desenvolvimento nacional e erradicando-se a pobreza e marginalização, reduzindo, portanto, as desigualdades sociais e regionais. Desta forma, ao Estado cria-se uma dupla obrigação: obrigação de cuidado a toda pessoa humana que não dispunha de recursos suficientes e que seja incapaz de obtê-los por seus próprios meios; efetivação de órgãos competentes públicos ou privados, através de permissões, concessões ou convênios, para proteção de serviços públicos adequados que pretendem prevenir, diminuir ou extinguir as deficiências existentes para um nível mínimo de vida digna da pessoa humana (MORAES, Alexandre. 2013, p. 87).

O direito à vida é de tanta importância que não teria sentido a Constituição enaltecer os direitos fundamentais e demais direitos, sem falar do sentido primordial de todo ser humano, que é a vida; é notório que direito à saúde, à segurança, igualdade e tantos outros possuem relação direta e notória com a vida.

Sem a vida, não haveria a necessidade de tais direitos; não somente a parte física, perceptível aos olhos, mas também a imaterial, psicológica, que também tem seu valor para o direito à saúde.

Por se enquadrar dentro dos direitos fundamentais do ser humano, o direito à vida, ainda, deve ser entendido de forma ampla; conforme expõe Alexandre Moraes (2013), relaciona-se com o direito à vestimenta, à cultura, à educação, à assistência médica, ao lazer e aos demais condições essenciais e indispensáveis do ser humano.

Portanto, é perceptível que ao longo da história, a saúde passa a ser vista como um direito humano e fundamental, e por causa disso, houve muitos movimentos sociais que exigiram do Estado a garantia da saúde, até pelo reconhecimento, por parte da Constituição Federal de 1988, de ser um direito fundamental (LUCION, 2016).

### 2.3 DIREITOS SOCIAIS: DIREITO À SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL

Os direitos sociais servem como meio, intermediário para que a dignidade humana seja alcançada. De forma moderna, a doutrina classifica três tipos de direitos fundamentais: de primeira, segunda e de terceira geração. Os de primeira geração correspondem aos direitos civis e políticos; os de segunda, aos econômicos, sociais e políticos; os de terceira, de solidariedade (MORAES, Alexandre, 2013).

Ao contrário dos direitos fundamentais de primeira geração, os de segunda geração são também caracterizados por terem a participação estatal, isto é, fica sob a responsabilidade do Estado consolidá-lo de maneira universal e que seja igual para todos. Os direitos sociais, da perspectiva dos direitos fundamentais do homem,

são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. (AFONSO, 2018, p. 288).

No ordenamento jurídico brasileiro, conforme expõe José Afonso da Silva (2018), foi a Constituição Federal de 1934 a primeira a versar sobre a ordem econômica e social. A atual constituição, por sua vez, trouxe um capítulo próprio para tratar da temática dos direitos sociais,

estando no Capítulo II, título II. “São direitos sociais a educação, a saúde (...)”, na forma desta Constituição.” (art. 6º, CF/88).

Sendo assim, tais direitos são também responsáveis por disciplinar determinadas circunstâncias, de cunho concreto, relativas aos interesses individuais, mas, e principalmente, no tocante aos direitos coletivos. E ao contrário dos custos dos direitos de liberdade, os direitos sociais, por sua vez, demandam maior gasto da parte do Estado.

Portanto, a atual Constituição Federal surgiu como referência de avanço no tocante à democracia, uma vez que foi elaborada diante da participação de atores sociais. Então, alguns direitos fundamentais foram elevados a um grau de importância ainda maior, como é o caso do direito à saúde. Pela primeira vez se pôde falar na saúde como um direito fundamental social, e que políticas públicas devem ser implantadas para sua execução (CARVALHO, 2003).

O direito à saúde, portanto, é um direito fundamental, imerso nos direitos sociais. Estes compõem os direitos de segunda geração, e têm o intuito de melhorar as condições de vida dos hipossuficientes, dependentes; sendo o Brasil um país democrático, tais direitos visam também a materialização de uma igualdade social, bem como que os direitos da sociedade sejam postos acima dos desejos individuais.

Desse modo, à medida em que os direitos humanos e sociais, em especial a saúde, tomaram força nos debates sociais, a legislação até então positivada passou a não mais contentar as populações, tornando-as ultrapassadas. Ou seja, passou-se a transferir as reivindicações das demandas da saúde ao Estado, que assumiu para si a responsabilidade de garantir a saúde (LUCION, 2016, p.29).

No Brasil, a saúde ainda não era considerada como direito fundamental social antes da Constituição Federal de 1988. No capítulo II da Constituição Federal de 1988, a saúde aparece como um direito social no artigo 6º, e como um direito do trabalhador rural e urbano (artigo 7º, IV). Por este ângulo,

O direito à saúde tornou-se uma garantia social, valorizando-se um conceito individual e coletivo, além do entendimento de que ele depende de fatores diversos, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, bem como as múltiplas necessidades de ações intersetoriais que integram os planos propostos (FARIAS, 2018, p.70).

Desta forma, o que Farias (2018) trouxe no parágrafo acima possui relação direta com o disposto no art. 6º da Constituição Atual, que dispõe: Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Notório é, portanto, a importância que o direito à saúde passou a ter, como um direito social, humano e fundamental no ordenamento jurídico brasileiro, sendo princípio básico do ser humano, no tocante ao exercício da cidadania.

É competência comum da União, Estados, Município e Distrito Federal cuidar da saúde e assistência pública (artigo 23, II). Portanto, estes três entes possuem competência para promoverem cuidados com a saúde; o fato de a competência ser comum aos três entes não impede, porém, que haja uma divisão de tarefas entre eles.

Portanto, o direito a saúde pode, então, ser classificado como universal, de eficácia imediata e como um direito fundamental. Também social, conforme exposto no art. 6º da CF/88, e tem cunho assistencialista e preventivo (FARIAS, 2018).

Apesar de não trazer um conceito para a saúde, a CF traz, no título VIII (da ordem social), no capítulo II (da seguridade social), mais precisamente na seção II (da saúde), dispositivos que versam sobre a temática, compreendendo os artigos 196 ao 200.

No artigo 196, a saúde aparece como sendo um direito de todos e dever do Estado que, através de políticas econômicas e sociais, deve garantir a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário nas ações e serviços para sua promoção, proteção, bem como recuperação. Este dispositivo é considerado como uma norma de aplicabilidade imediata, e não meramente programática. Assim,

A concepção moderna de saúde possui uma dimensão coletiva, permitindo a divulgação e a disseminação de práticas preventivas, corretivas e assistenciais nas mais diversas localidades, englobando o maior número de destinatários possíveis, através da premissa da universalidade que norteia a garantia desse direito (FARIAS, 2018, p.69).

A promoção que o art. 196 faz menção diz respeito à preocupação, por parte do Estado, em garantir uma qualidade de vida à população, através de incentivos que resgatem a importância de hábitos mais saudáveis, por exemplo; até porque não há que se falar em uma boa qualidade de vida se não houver saúde. Neste sentido, “a saúde, porém, inegavelmente é um direito entrelaçado ao próprio direito à vida, haja vista que sem saúde, o homem não é capaz de desfrutar de nenhum outro direito” (ALVES; CARDOSO. 2016, p.1).

A proteção, por sua vez, expressa no artigo pode ser entendida como a função fiscalizadora imposta ao Estado, com o objetivo de prevenir doenças, através de políticas de redução de risco, através de campanhas de vacinação, por exemplo, fiscalização sanitária, fornecimento de medicação adequada, entre outras medidas.

Já a recuperação da saúde pode ser entendida como garantia estatal para que a cura à pessoa enferma seja possível, através de ações públicas estatais e da necessária interferência estatal para tanto.

Portanto, “não se trata, pois, de apenas garantir que as pessoas não fiquem doentes, mas também de garantir que políticas sociais e econômicas promovam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a fim de efetivar a sua promoção, proteção e recuperação” (LUCION, Maria Cristina Schneider. 2016, p.32).

Através da análise do art. 196 acima visto, fica clara a importância que a atuação estatal tem na promoção da saúde, através de ações públicas voltadas para os enfermos. Assim, possibilita que seja garantido o direito fundamental à saúde.

O art. 197 da CF/88 expressa ser, a saúde, de relevância pública; por causa disso, será fiscalizada e controlada pelo Estado (mesmo havendo a possibilidade de haver tal prestação por particulares).

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988).

O art. 198 da CF/88, caput, ao dispor sobre um sistema único, refere-se ao Sistema Único de Saúde, mencionando que as ações e serviços públicos de saúde fazem parte deste sistema.

O art. 199 da CF/88 traz a ideia de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Ou seja, com este dispositivo, conclui-se que é lícito às instituições particulares, juntamente com o Sistema Único de Saúde, desde que não seja com tenha cunho lucrativo, participar de programas públicos.

Porém, no § 2º ressalta que qualquer tipo de recurso público que seja utilizado para auxiliar às instituições privadas com fins lucrativos, será expressamente vedado. E no § 3º veda todo tipo de participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País; a exceção é nos casos em que são previstos em lei.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (BRASIL, 1988).

O art. 200, por sua vez, também trata do Sistema Único de Saúde, conferindo a este, atribuições específicas, que serão tratadas em tópico específico.

Assim, ao analisar os artigos acima citados, referentes à saúde, é perceptível que em um Estado Democrático de Direito como o Brasil, a principal garantia que este pode ofertar aos cidadãos é o direito à vida. O direito saúde é indispensável àquele direito, sendo com ele correlacionado.

A Constituição atual reconhece tal importância, ao consagrar, em seu art. 5º, a inviolabilidade do direito à vida, tanto aos brasileiros, quanto aos estrangeiros que neste país residem. Neste sentido,

Há de informar-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consagração em normas constitucionais (AFONSO, 2018, p.311).

Portanto, o fato de o legislador constituinte ter separado uma seção própria, isto é, a seção II (da saúde) mostra o cuidado e importância que o tema traz, fazendo parte dos direitos sociais, e estando ligado diretamente ao direito à vida. Ao Estado cabe a efetivação dessa prestação, seja pelo serviço público, que é o mais comum, seja por parceria com instituições privadas.

Claro fica o vínculo existente entre o direito à saúde e a dignidade humana (sendo esta um dos fundamentos do ordenamento jurídico, já tratada neste estudo); portanto, se a saúde não for garantida, não há que se falar em garantia mínima da dignidade humana. Ou seja, não há como entender tal princípio enquanto aquele que norteia o ordenamento jurídico constitucional, se não houver a tutela efetiva e plena da saúde.

Ainda, o direito à saúde

Representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano de organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema de saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2000).

Pelo estudo deste tópico específico sobre saúde, é perceptível a importância do tema e o cuidado que o legislador teve ao trata-lo de forma singular. Sendo um direito de todo indivíduo, de forma universal e igualitária, cabe a qualquer pessoa exigir do Estado o fornecimento dos medicamentos, tratamentos e até procedimentos cirúrgicos, de forma gratuita, conforme visto nos artigos supracitados neste capítulo (do art. 196 ao 200 da CF/88).



Portanto, o direito à saúde no Brasil é também de grande importância no exercício impulsionamento da cidadania. Como é um direito universal, igualitário a todos e de forma gratuita, pode-se dizer que contribui para a diminuição da desigualdade social.

Vê-se que o direito à saúde, como está ligado a um aspecto social, deve ser igual para todos; isto é, todos podem e devem desfruir de forma igualitária desse direito. Porém,

Não basta apenas garantir que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito. É função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde (DALLARI, 1988, p. 60).

Ainda, com a constitucionalização do direito à saúde, em 1988, o conceito de justiça social fica em evidência; isto porque a saúde não é privativa dos trabalhadores com carteira assinada, ou ligada à noção de teologia, mas vista como um direito de todos e dever do Estado. Portanto,

a partir do momento em que a CF definiu a principal forma de proteção jurídica ao direito à saúde, estando tal direito elencado entre os direitos fundamentais inerentes à pessoa, tendo sido construído a partir de um longo processo histórico, abriu caminho para a afirmação da cidadania sanitária. Isto porque o acesso aos serviços de saúde e aos tratamentos adequados para a cura e promoção da saúde são sinônimos de valorização do indivíduo e da comunidade, pois visam garantir um dos aspectos mais importantes da vida humana, uma necessidade essencial dos seres humanos e, por isso, um direito fundamental da pessoa humana (LUCION, 2016, p. 32).

Assim, como forma de fechar o estudado neste ponto, vê-se a importância dos direitos sociais, como forma de abarcar os direitos coletivos, impulsionando, assim, o avanço da democracia no ordenamento jurídico brasileiro; a saúde como um direito fundamental, a partir da Constituição Federal de 1988, inclusa nos direitos sociais. É, portanto, um direito universal de todos, e dever do Estado, conforme explicita o art. 196 da Constituição Atual.

### **3 POLÍTICAS PÚBLICAS, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO E DEFENSORIA PÚBLICA NO TOCANTE AO DIREITO À SAÚDE**

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, expressa que “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”. Sendo assim, pode-se observar a introdução, ainda que de maneira implícita, das políticas públicas, ao tratar de ações e serviços.

As políticas públicas são a forma que o Estado tem para concretizar os direitos; como o próprio nome sugere, são voltadas para ações de interesses coletivos, visto que o Brasil é um país democrático, através de ações e programas específicos.

A Constituição Atual não apenas inovou por ter colocado a saúde como um direito fundamental, mas também por ter dispositivos responsáveis pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, portanto, foi criado com o objetivo de permitir que a saúde seja para todos, isto é, universal, e sem oneração para quem dela precisar, ou seja, gratuita.

#### **3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

O art. 3º da Lei Orgânica de Saúde dispõe que “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

O artigo supracitado evidencia que é necessária a efetivação das políticas públicas para que o direito à saúde seja garantido; seja através de serviços de saúde, propriamente ditos, seja por meio de ações que, de alguma forma, impliquem em lazer para a comunidade.

As políticas públicas surgem como uma resposta do Estado, para dirimir o risco de doenças e outros agravos aos cidadãos brasileiros. Por estarmos inseridos em um país democrático, tais ações devem ser baseadas em um conjunto de interesses, e postas em práticas a partir da participação do povo, e de um planejamento racional. Neste sentido,

As políticas públicas são a manifestação das ações estatais, o reflexo de suas prioridades, pois resultam da implantação de um projeto de governo através de programas e ações voltadas a setores específicos. Devem ser pensadas após considerar um processo de estruturação de um conjunto de interesses, e implementadas por meio

de um planejamento, da racionalização e da participação popular. As políticas públicas aproximam a população do Estado, pois requerem a participação popular do todo, não havendo espaço para exclusões, a medida em que o Estado deve pensar e executar a política, e a comunidade, por sua vez, deve participar e envolver-se nela (LUCION, 2016, p. 15).

Ou seja, elas refletem as ações e escolhas estatais, atuando da melhor forma para que as necessidades da coletividade sejam sanadas, especificamente. Portanto, importante se mostra a Constituição Cidadã.

Ainda no conceito de políticas públicas,

Entende-se o conjunto de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado, diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania. Voltadas ou não à saúde, ainda que relacionadas a proporcionar direitos, não nascem como norma jurídica, carregando sua índole de escolha política, indissociável da sua própria existência (ALVEZ; CARDOSO. 2016, p. 35).

Logo, por serem um reflexo do planejamento estatal, objetivam pesquisar e concretizar o que está descrito no plano governamental, e na área da saúde, por causa do Sistema Único de Saúde, tais políticas ganham mais destaque. Por isso, o principal é entender a ação governamental que existe, e sua materialização através de regras e procedimentos jurídicos.

O Estado de Direito, nesse contexto, foi de tamanha importância, por ser considerado como o responsável por garantir a realização dos direitos de cidadania civil. Assim, as políticas públicas aparecem também como instrumentos de concretização da cidadania; não só isso, mas também como fator da justiça social, posto que tais direitos devem ser para todos, sem exclusão (LUCION, 2016).

Como o próprio nome já sugere, as políticas públicas se voltam a atender problemas sociais, considerados de interesse público. Assim,

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, Celina, 2006, p.26).

O ‘Estado’ podendo ser caracterizado por ser conjunto de instituições permanentes que abrangem os tribunais, órgãos legislativos, exército, por exemplo, e é um meio para que a ação do governo seja efetuada. ‘Governo’, por sua vez, pode ser caracterizado como um conjunto de ações que reúnem projetos e programas públicos, isto é, voltados para a sociedade, realizando as atividades estatais. (HOFLING, 2001).

Através de políticas públicas econômicas, o Estado tem a obrigação de garantir a preservação da saúde de todos, de forma igualitária, integral e individual e gratuita, isto é, não condicionando, ao tratamento, qualquer custo. Neste sentido, o § 1º do art. 2º da lei supracitada dispõe

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

Principalmente no tocante à área da saúde, as políticas públicas têm o papel de não apenas fornecer coordenação e orientação em relação às ações no âmbito social e econômico, mas também de garantir que a realidade seja transformada.

Portanto, é direito de todo indivíduo, independente da condição socioeconômica, ou de alguma vinculação à previdência social, o acesso à informação dos serviços de saúde, bem como às informações que são prestadas pelo Ministério da Saúde aos que fazem do SUS se utilizam, ou seja, os pacientes.

Pelo termo “acesso universal e igualitário”, presente no art. 196 da Constituição Federal de 1988, entende-se que deve ser vedado qualquer possível discriminação entre os beneficiários; assim, o Estado deve prover os recursos e auxílios indispensáveis, no âmbito do território nacional, independente da nacionalidade, para que a reabilitação da saúde seja efetivada, até mesmo como forma de materializar o princípio da igualdade e isonomia, no ordenamento jurídico brasileiro (ALVES; CARDOSO. 2016).

Conforme exposto, o direito a saúde é um direito positivado, encontrando amparo legal tanto na Constituição Federal de 1988, quanto nas legislações infraconstitucionais. Porém, tal positivação não garante, por si só, que este direito será cumprido. Aí que entram, então, as políticas públicas.

Na efetivação dessas políticas públicas, se faz necessário, por parte do Estado, que este observe o princípio da isonomia, em que todos devem ser tratados com igualdade. Ou seja, não deve haver preferência ou privilégio de determinado indivíduo em detrimento de outro, prejudicando a este, mesmo que de forma indireta. Todos que precisarem desses recursos para que seus direitos sejam concretizados devem ser tratados igualmente.

Outro ponto essencial para a concretização das políticas públicas: não apenas é necessário que os servidores sejam capacitados, mas é indispensável, na tentativa de que haja qualidade na atuação do Estado, que os indivíduos sejam ouvidos, visto que o Brasil é um país democrático.

Neste sentido, “Ouvir o cidadão, não só após a realização da política pública, mas também antes, no momento de sua definição, e de forma constante, é importante para que o administrador possa saber o real alcance da sua atuação” (FARIAS, 2018, p. 82). Ou seja, ouvir o cidadão é uma forma de melhorar a qualidade de atuação do Estado.

Tal explicação acima encontra relação com o princípio da participação da comunidade como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, uma vez que essa participação é indispensável para que a democracia seja efetivada no Estado de Direito, e para aproximar a sociedade do Estado, na tentativa de legitimação deste Estado de Direito.

Para a concretização desses direitos, o Estado conta com a participação do Poder Judiciário. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em seu art. 10, aduz:

Toda a pessoa tem direito, em plena igualdade, a que a sua causa seja equitativa e publicamente julgada por um tribunal independente e imparcial que decida dos seus direitos e obrigações ou das razões de qualquer acusação em matéria penal que contra ela seja deduzida.

Dentre as atividades do Judiciário, no âmbito nacional, está a de exercer o devido controle sobre as políticas públicas, tanto no âmbito normativo, quanto administrativo. Diante da lacuna dos poderes Legislativo e Executivo, o poder Judiciário vem sendo o meio para que os direitos sejam assegurados. Quanto à essa lacuna,

O descaso da Administração Pública, ou mesmo da sua atuação omissa e/ou negligente na prestação do direito fundamental à saúde, leva o indivíduo a recorrer ao poder judiciário, para ver seus direitos efetivados. A defesa técnica reiterada pela Administração Pública em litígios judiciais, embasada na alegada insindicabilidade do mérito, é lançada para servir como escudo à atuação judicial contra a má atuação da Administração (ALVES; CARDOSO. 2016, p. 36).

O art. 2º da Constituição Federal de 1988 explicita que os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário são poderes da União, e são harmônicos e independentes entre si. Se, porventura, não houver concordância em relação a alguma matéria específica, entre os poderes, cada um deve lembrar que é preferível não interferir no papel atribuído a cada um. Nesse sentido,

Enfocando a judicialização da saúde, tem-se que o Poder Judiciário, em sua atuação, influencia, de modo relevante, a implementação das políticas públicas do setor, pois, ao decidir sobre a efetivação de determinada política pública, a Justiça age em meio à omissão dos administradores públicos (...) antecipando-se às decisões executivas (FARIAS, 2018, p. 125)

Sendo assim, não é que o Judiciário vai substituir o Legislativo e Executivo, mas vai complementá-los quando constatada tal omissão. E não é atribuição do Judiciário promover a

alteração ou até mesmo criação de políticas públicas, mas sim de exercer controle sobre sua execução. (FARIAS, 2018).

Como visto pelo estudado neste tópico, a concretização do direito à saúde está diretamente ligada à efetivação das políticas públicas. Para tanto, a Constituição Cidadã foi de fundamental importância, uma vez que trouxe os meios pelos quais é possível alcançar tal objetivo, como a criação do Sistema Único de Saúde; serviços de relevância pública, como a atuação do Ministério Público; e os Conselhos de Saúde.

### 3.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Devido às várias transformações sociais, econômicas e políticas da sociedade, ao longo do tempo no Brasil, o sistema de saúde pública também modificou. Importante ressaltar que uma das principais transformações, como já explicado neste trabalho, foi a constitucionalização do direito à saúde, em 1988, e a criação das legislações infraconstitucionais que versam sobre a matéria (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90) (FIGUEIREDO, 2007).

Como já visto no capítulo anterior, a Constituição Federal de 1988 possui alguns dispositivos que versam, de forma expressa, sobre a saúde. Ela foi a responsável pela criação desse Sistema Único de Saúde – SUS -, como um meio de garantir que as ações e serviços públicos de saúde sejam efetivadas, através de recursos do orçamento da seguridade social, que provêm da União, dos Estados, do Distrito Federal e de Municípios, e também de outras fontes, como dispõe o § 1º do art. 198. Neste sentido,

O sistema é denominado "único" porque as diretrizes e princípios estabelecidos na Constituição devem ser seguidos de forma unívoca pelas três esferas de governo (...); tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade; quanto à sua organização, rege-se pelos princípios da regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos (CARVALHO, 2003, p.26).

A Constituição Federal/1988 apresenta, em seu artigo 198, as diretrizes do Sistema Único de Saúde, nos incisos I, II e III. Essas diretrizes devem ser seguidas e obedecidas em todo o país, e prezam pela universalidade do acesso, integralidade do atendimento que é prevista em Lei. Abaixo seguem tais diretrizes, que são expressos na CF/88.

O SUS é caracterizado como uma rede regionalizada e hierarquizada, organizados de acordo com o art. 198 da Constituição Federal, com as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de Governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, a fim de atender toda a população; c) participação da comunidade, a fim

de possibilitar aos cidadãos interferirem na concepção e na condução das políticas de saúde que atendam às suas necessidades locais (FARIAS, 2018, p. 73).

Em outras palavras, a descentralização diz respeito à transferência de responsabilidades. Significa também imputar, ao Município, a responsabilidade pelos serviços e ações de saúde, uma vez que o Município é considerado a instância do poder executivo que se encontra mais próximo da população. É também uma redefinição de tarefas e atribuições (funções) entre as três esferas de governo, no que tange à política administrativa do sistema de saúde (TEIXEIRA, 2011).

O atendimento integral, previsto no inciso II, por sua vez, está relacionado às ações e serviços; ou seja, estes promoverão não apenas a saúde, ou o tratamento de doenças, mas também a prevenção de riscos e de patologias. “Integralidade (...) significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos que abranja todos os níveis de complexidade e assistência” (ALVES; CARDOSO, 2016, p. 33).

Ou seja, a integralidade é o conjunto de práticas com o intuito de enfrentar os problemas de saúde e de atender às necessidades da população no tocante à saúde. Um modelo integral é, ainda, aquele dotado de recursos e meios essenciais para a promoção da saúde, como vigilância ambiental, e recuperação de enfermos. (TEIXEIRA, 2011).

Por último, a participação da comunidade, também conhecida como participação social, se remete à ideia de democratização; portanto, é um exercício pleno de direito e cidadania, isto é, trata da participação da comunidade no tocante à gestão do Sistema Único de Saúde, conforme dispõe a Lei n. 8.142/90.

É possível observar, assim, que a Constituição Federal de 1988 trouxe, explicitamente, as formas e moldes que servem de base para demonstrar como a saúde pública no país deve funcionar, a partir da criação desse sistema único, que é de responsabilidade de todos os entes federativos, como já tratado neste trabalho.

Apesar de a Constituição Atual garantir que a saúde deve ser prestada pelo Estado, o art. 199, já citado neste trabalho, não afasta a possibilidade de haver complementação por parte do setor privado. Caput: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Sendo assim, desde que obedecidos os requisitos dos princípios e diretrizes que o art. 198 da Constituição Atual traz, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Por causa disso, tais empresas particulares devem se adequar aos moldes estabelecidos na Constituição. Ressalta-se que a iniciativa privada não pode, todavia, substituir os Entes Federativos, uma vez que é a saúde pública, e não privada, que é direito de todos, de forma igualitária e universal.

Devido aos grandes movimentos sociais, gerados pela democratização e necessidade de uma melhor saúde pública, a Constituição Federal de 1988 elevou a saúde como um direito fundamental social. Aí foi quando nasceu o Sistema Único de Saúde, criado pela CF/88, tanto trabalhado neste capítulo. Neste sentido,

A CF de 1988 também prescreveu a necessidade de criação de legislações infraconstitucionais para a organização do SUS, que estabelecessem condições específicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de normas que determinassem como se daria a pretendida participação popular no sistema, nos termos constitucionais. Desse modo, vindo para somar pontos na efetivação do direito à saúde, foram promulgadas as leis nº 8.080/90 e 8.142/90, as quais, juntamente com a CF, formam principal base jurídica do direito à saúde no Brasil – sem prejuízo de normas posteriores que contribuíram para a instalação do SUS desde a sua criação. (LUCION, 2016, p. 40).

Sobre a lei infraconstitucional, a lei 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOA), dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e apresenta 55 artigos.

Um aspecto importante da LOS é a relação que faz entre a saúde e outros fatores, demonstrando, de acordo com o amplo conceito de saúde proposto pela OMS, que o bem-estar físico, mental e social de um povo depende de outras variáveis que não a mera ausência de doença (CARVALHO, Mariana, 2003, p. 25).

O art. 3º, caput, da referida Lei 8080/90 aduz:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O disposto no art. 3º, caput, supracitado, reforça o entendimento já trabalhado aqui de que o conceito de saúde não apenas tem relação com a saúde física; isto é, para que esse direito à saúde seja concretizado, faz-se necessária a realização de políticas públicas que englobem não apenas serviços de saúde propriamente dito, mas também incluem atividades que têm vínculo ao lazer, moradia, saneamento básico, enfim, aos serviços acima mencionados (CARVALHO, 2003).

O caput do art. 4º da Lei Orgânica da Saúde define que o Sistema Único de Saúde é constituído como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Ou seja, tais ações e serviços de saúde devem ser prestados por estas três esferas públicas.

Ademais, no art. Seguinte, art. 5º, estabeleceu os objetivos do Sistema Único de Saúde, que estão dispostos em três incisos. Tais objetivos são: a) a identificação e divulgação dos



fatores condicionantes e determinantes da saúde, como mais um elemento de democratização do sistema; b) formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde de forma universal e igualitária; c) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, demonstrando que a lei também se preocupa em prevenir os agravos, e não somente em amenizá-los com métodos curativos.

O art. 6º traz ainda outras áreas no âmbito da saúde que também são abraçadas pelo Sistema Único de Saúde, como as ações de vigilância sanitária, de assistência terapêutica integral, vigilância nutricional, orientação alimentar, entre outros.

Destaco aqui, portanto, a vigilância sanitária. A definição legal se encontra no § 1º do artigo supracitado, que a define como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”.

Portanto, o objetivo da vigilância sanitária é, a partir de ações integradas, de fiscalização, de normatização, e também de educação, garantir que a saúde da população seja protegida em todos os âmbitos. Para tanto, inclui: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

O art. 7º da Lei Orgânica da Saúde, ainda, estabeleceu quais os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Dentre os princípios e diretrizes acima citados, responsáveis por nortear o Sistema Único de Saúde, faremos destaques a alguns neste trabalho, que serão o princípio da universalidade, da igualdade e o da integralidade.

O SUS é uma rede hierarquizada, gerenciada pelo Ministério da Saúde, em âmbito federal, a partir de elaboração de diretrizes e de transferências de recursos aos demais entes federativos, através de consensos administrativos, principalmente, das comissões intergestores tripartites e bipartites (FARIAS, 2018, p. 78).

O primeiro será o da universalidade. Este derivou de uma evolução histórica, sobretudo no quesito de garantir, aos cidadãos, seus direitos. Ainda, diz respeito ao fato de que o SUS deve atender a todos, sem exceção, independente de sexo, raça, cor etc. Esse atendimento se dá por meio de serviços que apresentam convênios com o Poder Público, e também pelos serviços prestados pela União, Distrito Federal, Estados ou Municípios, que são os serviços do Estado.

A universalidade, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011, p.03).

O princípio da universalidade possui forte relação com o princípio da igualdade (equidade), “em sua tentativa de assegurar o direito fundamental à saúde, sem qualquer discriminação ou privilégio” (FARIAS, Rodrigo. 2018, p. 74). Para o princípio da igualdade, todas as pessoas têm acesso igual às ações e serviços de saúde. Por meio de ações e serviços de saúde, objetiva dirimir as disparidades sociais e regionais que existem no Brasil. Cabe ao Estado garantir que esse acesso igualitário seja executado.

O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (TEIXEIRA, 2011, p.04).

O princípio da integralidade, por sua vez, está atrelado à ideia de que o Sistema Único de Saúde deve se pautar em ações que promova, o máximo possível, a prevenção de riscos e agravos, e que haja assistência aos enfermos. Para isso, deve dispor de unidades de prestação de serviços, como hospitais e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), equipe médica capacitada. Dentre as ações, estão inclusas vigilância sanitária e ambiental, e controles de danos e riscos. Neste sentido,

O princípio do atendimento integral refere-se ao atendimento prestado pelo SUS, abrangendo, de modo prioritário, condutas preventivas, bem como condutas assistenciais. Vale destacar que essa ação deve decorrer da maneira mais abrangente possível, a fim de propiciar a todos os usuários o atendimento de suas necessidades, agindo de forma harmônica e articulada, observando os níveis de complexidade do SUS. (...) A integralidade exige ainda o envolvimento dos diversos atores do Sistema Único de Saúde em busca, através de uma interação democrática, de consensos para se alcançar a concretização do direito à saúde. (FARIAS, 2018, p.75 e 76).

Sendo assim, tais diretrizes/princípios acima expostos, presentes no art. 7º da Constituição Federal de 1988, são os responsáveis por conduzirem o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Com relação à gestão e direção do Sistema Único de Saúde, as ações e serviços serão organizadas, em níveis de complexidade crescente, de forma regionalizada e hierarquizada; é o que dispõe o art. 8º, caput; e a direção do SUS, por sua vez, é única, e será exercida em cada esfera (art. 9º).

À União, ao Estado, ao Distrito Federal e aos Municípios cabe, ainda, as funções de a) definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços; b) administrar os recursos orçamentários e financeiros, em cada ano; c) acompanhar, avaliar e divulgar os níveis de saúde da população e das condições ambientais; d) elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde, dentre outras funções dispostas e expressas no art. 15. Neste sentido,

O Sistema Único de Saúde é o principal instrumento implantado pelo Estado brasileiro para buscar a efetivação e garantir a saúde pública aos indivíduos, propiciando, de forma gratuita, o acesso aos cidadãos aos serviços de saúde. Para tanto, concebeu-se um sistema presente em todos os entes federativos, de cunho predominantemente descentralizado e preventista (FARIAS, 2018, p.73).

Ressalta o autor que, por causa da descentralização existente na forma de organização do Sistema Único de Saúde, aos Municípios é dado a responsabilidade de fornecimento, no sentido de concretização, das políticas públicas, sejam elas preventivas ou repressivas. Ainda, é na esfera desses Municípios brasileiros que acontecem os investimentos nas políticas indispensáveis aos cidadãos, através de recursos advindos da União e Estados (FARIAS, 2018).

Um ponto de também grande relevância que deve ser exposto neste trabalho é a questão do atendimento e internação domiciliar que o Sistema Único de Saúde oferece. Esta modalidade de atendimento só será possível na hipótese de expressa indicação médica, com a concordância tanto do paciente, quanto de sua família.

Ainda no atendimento e internação domiciliar, conforme dispõe o art. 19-I, são incluídos procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros que requeiram cuidado integral. Essa equipe vai trilhar em prol da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

Avançando um pouco na LOS o capítulo II da Lei 8080/90 traz disposições a respeito da gestão financeira do Sistema Único de Saúde. Art. 33, caput: “Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1990).

O capítulo III da lei supracitada traz disposições sobre o planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, ou seja, sobre seu financiamento. O caput do art. 36 dispõe “O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990).

Conforme exposto, verifica-se que a Lei Orgânica de Saúde, através de seus 55 artigos, objetivou sistematizar como o direito à saúde pública deve ser concretizado, através de diretrizes e princípios que realçam o fato de ser a saúde um direito constitucional fundamental, priorizando a saúde preventiva e curativa.

Já a lei 8.142/90, também conhecida como Segunda Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, possui 7 artigos. Sobre o tema,

Depois da promulgação da lei que estabeleceu o SUS, e sob forte influencia das reivindicações do movimento de reforma sanitária e de diversos grupos e associações da sociedade civil, visando estabelecer o controle social (...) foi promulgada a Lei . 8142/90. Essa lei regulamentou a criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde e

Conferência de Saúde através de dois instrumentos, a saber: atuação dos Conselhos de Saúde (Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais (CONASEMS) formados nos termos da lei; realização das Conferências Nacionais de Saúde, que ocorrerão a cada quatro anos, quando, então, a comunidade poderá opinar e acompanhar a execução e fiscalização das ações de saúde nas três esferas de governo (ALVES; CARDOSO. 2016, p.33)

A lei infraconstitucional acima citada também é de importância para dar forma ao Sistema Único de Saúde. Foi responsável por proporcionar as formas de democratização e de controle desse sistema, e é uma das bases atuais jurídicas, hoje, do direito sanitário no Brasil.

A lei ainda estabelece, em seu art. 2º, quais são os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que são: a) despesas de custeio, de capital; b) investimentos previstos em lei orçamentária; c) investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; d) cobertura das ações e serviços de saúde que serão implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Tais disposições acima expressas demonstram a característica da descentralização, uma vez que reparte as competências entre os entes de acordo com o porte da receita arrecadada.

Essa lei é de grande importância, uma vez “que normatiza as bases sobre as quais se devem fixar o sistema participativo, quais sejam, as instâncias colegiadas representadas pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde” (LUCION, Maria Cristina Schneider. 2016, p. 48).

A Segunda Lei Orgânica da Saúde, portanto, caracteriza-se como sendo essencial na concretização da participação popular no Sistema Único de Saúde, vez que estabelece as bases da participação da comunidade, que são instâncias colegiadas representadas pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde (art. 1º, caput). Portanto, a Lei 8.142/90 é fundamental no processo de democratização, visto que prioriza e valoriza a participação da comunidade.

Diante o exposto na Constituição Federal de 1988, bem como das duas leis infraconstitucionais tratadas neste capítulo, é notória a importância do tema não só no âmbito da saúde, mas também no ordenamento jurídico brasileiro para o direito à saúde, através de princípios e diretrizes que reforçam a intenção de se efetivar a prestação de serviços e a saúde de forma geral.

Portanto, com a criação do Sistema Único de Saúde, vê-se a necessidade de que as políticas públicas sanitárias sejam voltadas a atividades que busquem a recuperação, promoção e prevenção de doenças. Isto justamente para que o conceito de saúde, amplo que é, possa ser atendido (LUCION, 2016).

### 3.3 ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO E DEFENSORIA PÚBLICA NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

A Constituição Federal de 1988 traz, em seu art. 129, quais são as funções inerentes ao Ministério Público. Dentre elas, tem a missão de cuidar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na CF/88, e de promover as medidas necessárias à sua garantia (inciso II).

Vê-se, então, que a atuação do Ministério Público sobre o tema em questão, do direito à saúde, é a de potencializar o controle social; isto é, busca fiscalizar, juntamente com os conselhos de saúde, se houve ação (ou omissão) do Estado na saúde pública.

É sabido, como já estudado neste trabalho, a importância e relevância que o direito à saúde tem no ordenamento jurídico, como um direito social fundamental, expresso na Constituição Federal de 1988. Muitos são os direitos garantidos, inclusive em legislações infraconstitucionais.

Porém, no âmbito do direito à saúde, apesar de toda legislação sobre o tema, é necessário dizer que existem alguns problemas que norteiam o social, e interferem no ordenamento jurídico, como, por exemplo, a falta ou escassez de medicamentos, ausência de médicos especialistas; muitas vezes também não há a devida realização de cirurgias, e também, infelizmente, o grande desvio de verba pública.

Neste cenário, a atuação do Ministério Público ganha relevância, uma vez que deve exercer o papel de agir em prol dos que tiveram seus direitos desrespeitados, violados, ou não atendidos em virtude de situações, como acima citadas.

A atuação do Ministério Público, no âmbito da saúde, dá-se, precipuamente, sob a forma coletiva. As lides individuais, a despeito das delicadas causas de pedir, não representam qualquer estratégia de sistematização ou de direcionamento de esforços para uma política pública específica, tampouco para um grupo social determinado – ou, afinal, para uma alocação de recursos eficiente (FARIAS, 2018, p.129).

Por tratar-se da forma coletiva, faz-se necessário que tanto os procuradores quanto promotores discutam e debatam acerca do assunto com os gestores, para que as Secretarias de Saúde sejam conhecidas, e suas respectivas rotinas. Portanto, conhecer as especificidades das áreas de saúde é o meio para que haja uma boa atuação do órgão (FARIAS, 2018).

E para que haja o cumprimento desta função, mais precisamente do direito à saúde, algumas ferramentas são utilizadas pelo Ministério Público, como a exemplo da Ação Civil Pública.

A Ação Civil Pública é regulamentada pela lei federal n. 7.347/1985, que estabelece o poder, a competência que o MP terá para tratar de assuntos referentes a interesses difusos ou coletivos, e disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direito de valor artístico, estético, histórico. Neste sentido,

Ação Civil Pública mostra-se eficaz para a defesa de tal direito, garantindo aos cidadãos brasileiros serviços de saúde de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, tais como: universalidade do acesso, equidade, integralidade, resolubilidade, descentralização da administração, etc. O sistema tradicional de ações individuais gera sérias distorções e acaba por não garantir o equânime acesso ao SUS. Por seu efeito geral e uniformizador, a ACP evitaria tratamentos e resultados desiguais à sociedade brasileira (CARVALHO, 2003, p. 27).

A Ação Civil Pública também pode ser proposta pela Defensoria Pública. Esta é também responsável por assegurar uma justiça integral e que não gere ônus, isto é, de forma gratuita para quem apresenta insuficiência de recursos financeiros, a população mais carente (os hipossuficientes, nesse caso), para assessoria jurídica, no tocante ao direito à saúde. Abarca tanto questões individuais, como questões coletivas.

Nesse contexto, é essencial que seja construída, entre os defensores, uma consciência dos impactos da judicialização, no intuito de minimizar o número de ações judiciais sobre essa temática, buscando outros meios de se alcançar a prestação jurisdicional ao hipossuficiente (FARIAS, 2018, p 132).

A defensoria Pública, portanto, colabora também para que haja menos índices de ações judiciais, na busca de defender interesses públicos, agindo através dos hipossuficientes, também conhecidos como socialmente vulneráveis.

Como já explicado, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Portanto, cabe a este a implementação das políticas públicas. Se, todavia, tais ações estatais não forem executadas, ou em caso de inércia ou erro governo, cabe ao Ministério Público a promoção delas, através de instrumentos próprios, visto que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, conforme expõe o art. 197 da Constituição Cidadã

Um documento importante que ressalta a importância da atuação do Ministério Público no ordenamento jurídico é a Carta de Palmas em Defesa da Saúde. Esta carta foi elaborada em 07 de agosto de 1998; e foi assinada pelos Procuradores Gerais da Justiça do Brasil.

Nesta carta, em seu conteúdo, discutiu-se acerca de algumas ações imediatas do Conselho Nacional de Procuradores Gerais de Justiça, como a instituição de uma Comissão Permanente de Defesa e Saúde; um Cadastro Nacional de Ações Cíveis Públicas ou Coletivas; a recomendação, aos membros do Ministério Público, a efetiva fiscalização dos órgãos (federais, estaduais e municipais).

Portanto, assuntos referentes à dignidade da pessoa humana, bem como aqueles que queiram, de alguma forma, promover o bem comum, e que ajudem na construção de uma sociedade mais justa, igualitária, livre, enfim, pode ser e são considerados assuntos de relevância pública.

Sendo assim, a ligação existente entre o Ministério Público e o Texto Constitucional, e a garantia não somente de respeito, mas de zelo aos chamados serviços que possuem relevância pública, atesta a concretização do direito à saúde (CARVALHO, 2003).

Finalizando este capítulo, observa-se a importância que o Ministério Público tem no âmbito do direito, mais precisando do direito à saúde, agindo em prol da coletividade. Não apenas por meio da Ação Civil Pública (ACP), mas também da Defensoria Pública.



## **4 DIREITOS E LEGISLAÇÕES INERENTES AOS PACIENTES ACOMETIDOS COM NEOPLASIA MALIGNA E CUIDADOS PALIATIVOS**

O direito à saúde é um direito que todos, sem distinção de cor, raça, sexo, e é dever do Estado assegurá-la e garanti-la, por meio de políticas públicas que dirimam o risco de doenças, e promovam a proteção, promoção e recuperação da saúde.

Dentro da saúde, existem muitas áreas a serem abordadas. Aqui, especificamente, será falado sobre as legislações específicas e pertinentes aos pacientes acometidos com neoplasia maligna, e de que forma não só os pacientes, mas também os familiares podem usar de tais direitos. Será abordado também a importância dos cuidados paliativos como forma de tentar ocupar a lacuna nos cuidados diretos e ativos para com os pacientes em tratamento, no intuito de amenizar a dor.

### **4.1 NEOPLASIA MALIGNA**

O direito à saúde, como já exposto neste trabalho, ganhou *status* de direito social fundamental com a Constituição Federal de 1988, ao ter uma seção separada para tratar do tema, de forma especial (Capítulo II, da Seguridade Social, Seção II). Para além do que se tem na CF/88 sobre saúde, de forma geral, existem legislações infraconstitucionais específicas que versam não somente sobre o diagnóstico ou tratamento da doença, mas também dos cuidados paliativos, maneiras de dirimir o impacto e sequelas causados.

No Brasil, existe um instituto responsável por tratar da neoplasia maligna. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde (MS) é responsável por auxiliar o Ministério da Saúde no tocante ao controle e preservação do câncer no país. Neste sentido, é

O órgão auxiliar do Ministério da Saúde no Desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil. Tais ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. O Instituto coordena vários programas nacionais para o controle do câncer e está equipado com o mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina (INCA, 2018).

Por causa disso, o INCA tem história na saúde pública do país, e há 80 anos vem atuando como meio de prevenção e controle do câncer, pela formulação da política nacional. É considerado como sendo a instituição pública que melhor representa o desenvolvimento não só

de políticas nacionais com objetivo de controle do câncer, mas também de tratamento da doença no país (INCA, 2018).

Também conhecido como neoplasia maligna, câncer é

o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas (INCA, 2018).

É a partir de uma mutação genética que o câncer surge. O DNA da célula apresenta alguma alteração, e aí passa a receber instruções erradas para as suas atividades. Essas modificações podem se dar nos proto-oncogenes, que são os genes especiais, que a princípio são inativos em células normais.

Se, por ventura, tais genes especiais forem ativados, serão transformados em oncogenes, e aí nascem as células cancerosas (INCA, 2018). Na atualidade, o câncer é uma das doenças que mais preocupa a população, uma vez que ela pode atingir qualquer pessoa, sem qualquer tipo de distinção.

O tratamento da doença, em si, gera vários efeitos. Dentre as várias consequências do tratamento da doença, existem mudanças não só no interior, mas também as que são ligadas à estética. Estas transformações influenciam de forma direta no psicológico, interferindo na autoestima do paciente.

Algumas são as formas que o tratamento da neoplasia maligna se dá nos hospitais públicos do Brasil. Com o objetivo de curar, prolongar a vida do paciente ou melhorar sua qualidade de vida, pode ser feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. O que vai influenciar, portanto, é a intensidade ou local do câncer, e até mesmo como o paciente reage ao tratamento.

Cirurgia é a retirada ou implantação de algo no corpo humano. A cirurgia oncológica, por sua vez, é uma das modalidades de tratamento da neoplasia maligna, que implica em retirar o tumor, e para isso, são realizadas algumas operações no organismo do enfermo. O tipo dessas operações, isto é, vai depender do quão avançado o tumor esteja no organismo. E o procedimento cirúrgico deve ser sempre realizado com anestesia.

O câncer em sua fase inicial pode ser controlado, ou mesmo curado, através do tratamento cirúrgico, atualmente considerado um dos tripés para o tratamento da doença, ao lado da quimioterapia e da radioterapia. Vale ressaltar que a abordagem

múltipla do tratamento, associando diversas modalidades terapêuticas, costuma gerar melhores resultados em termos de cura, sobrevida e qualidade de vida (INCA, 2018).

Ou seja, quanto antes o diagnóstico e detecção do tumor, mais rápido será a retirada total. A cirurgia pode, ainda, ter a finalidade paliativa. Neste caso, serve para controlar a quantidade de células tumorais que, de alguma forma, vão interferir na qualidade da sobrevivência do acometido com o câncer.

A radioterapia é outra modalidade de procedimento. A Portaria n. 263/2019 atualiza os procedimentos radioterápicos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde.

Neste tipo de procedimento, radiações ionizantes, como a exemplo de raio-x, são utilizadas com o intuito de impedir ou destruir que as células do tumor aumentem. Os efeitos colaterais variam de paciente para paciente. Os mais comuns são alterações no paladar, pele ressecada, saliva grossa, perda de pelos no local do tratamento, náuseas, perda de apetite, alteração no ritmo intestinal (INCA, 2018).

Se tiver finalidade curativa, o objetivo é, como o próprio nome sugere, promover a cura ao paciente, e é de longa duração. Se tiver finalidade paliativa, pode ser de curto ou longo prazo, e é indicado nos casos em que a enfermidade já se encontra avançada; busca, portanto, diminuir alguns sintomas, como alívio da dor e sangramento (MUNIZ; ZAGO, 2008).

A quimioterapia, conforme explica o INCA, é o procedimento pelo qual medicamentos são utilizados para que o câncer seja combatido. Ao se misturarem com o sangue, esses remédios destroem as células doentes, e fazem com que o tumor não se espalhe.

Os efeitos colaterais da quimioterapia mais conhecidos são a queda de cabelo, que pode ser total ou parcial, e acontece cerca de 14 a 21 dias após a sessão; outros como prisão de ventre, feridas na boca, enjoo e vômitos, e anemia também são bastante comuns do tratamento.

O transplante de medula óssea, por sua vez,

é um tipo de tratamento proposto para algumas doenças que afetam as células do sangue, como as leucemias e os linfomas e consiste na substituição de uma medula óssea doente ou deficitária por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma medula saudável. O transplante pode ser autogênico, quando a medula vem do próprio paciente. No transplante alogênico a medula vem de um doador. O transplante também pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea, obtidas do sangue circulante de um doador ou do sangue de cordão umbilical (INCA, 2018).

Importante destacar que esse tipo de tratamento é proposto para casos de doença no sangue, a exemplo de anemia aplástica grave, mielodisplasias e alguns tipos de leucemia. Alguns efeitos colaterais que ocorrem após o transplante são: febre, calafrios ou mal-estar,

problemas com o cateter, mudança na cor ou consistência das fezes, dor em qualquer parte do corpo, tosse e falta de ar (INCA, 2018).

Como decorrência dos tratamentos acima citados, os efeitos colaterais são os responsáveis por gerar não apenas alterações ligadas ao físico, estético, mas também aos variados problemas psicológicos que surgem nessa fase. Por exemplo, o câncer de mama causa vários danos à mulher, especialmente porque toca em um ponto do universo feminino: o corpo, os seios. Uma vez retirada a mama, parte da autoestima feminina é bastante afetada.

Outro tipo de câncer que mexe bastante com o paciente é o de pele, uma vez que os efeitos colaterais são bem visíveis, causando não só irritação no local, mas coceira e a questão da imagem é diretamente afetada pela sociedade, que muitas vezes não poupa de olhares indiscretos e constrangedores.

Quanto à estimativa de número de pessoas acometidas com a neoplasia maligna, o INCA traz alguns dados de incidência do câncer e de localização primária. No ano de 2018, por exemplo, o maior índice de neoplasia maligna em homens foi referente ao câncer de próstata, com 31,7% dos casos (isto é, 62.220 novos casos), e o menor foi no sistema nervoso central, com 2,7% (5.810 casos). Somando todas as neoplasias, o número foi de 300.140 homens atingidos.

Com relação ao câncer nas mulheres, os dados mostraram que o de mama foi o de maior incidência, com 29,5% (equivalente a 59.700 casos), enquanto que o de menor incidência foi leucemia, com 2,4 % (4.860 casos). O número total de mulheres acometidas por neoplasia maligna foi de 282.450.

Com relação à mortalidade, conforme a localização primária do tumor e sexo, o INCA apurou que, em 2018, 14% dos óbitos masculinos foi referente ao câncer de traqueia, brônquios e pulmões. Um dos fatores que possivelmente contribuiu para essa porcentagem é o elevado índice de consumo de tabaco. Nos casos de óbitos femininos, os dados mostram que foi o câncer de mama o maior, com 16,1%.

Percebe-se que o número de homens com neoplasia maligna, em 2018, foi maior que a quantidade de mulheres. Tal resultado, entre outros, se dá pelo fato de que as mulheres tendem a se preocupar mais com a saúde, fazendo exames com mais frequências. Ou seja, o diagnóstico prévio aumenta as possibilidades de cura.

## 4.2 LEGISLAÇÕES INFRACONSTITUCIONAIS ESPECÍFICAS E CUIDADOS PALIATIVOS

A Constituição Federal de 1988 trata da temática da saúde de forma especial. Mas também existem legislações infraconstitucionais específicas responsáveis por tratar sobre a temática.

A Lei Orgânica 8.080/90, lei do SUS, já tratada nesta obra, é a mais conhecida dentre essas legislações infraconstitucionais referentes à saúde. Esta possui 55 artigos, e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Portanto, ao Estado é atribuída a função de oferecer, aos cidadãos, uma melhor qualidade de vida.

Os objetivos da Lei supracitada encontram-se em seu art. 5º, e são: a) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e que determinam a saúde; b) formulação de política de saúde; c) assistir pessoas através de ações que levem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Neste ano de 2019, o INCA elaborou a 5ª edição dos direitos sociais da pessoa com câncer, com o objetivo de responder algumas perguntas e dúvidas frequentes dos pacientes com câncer. O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS – é um destes direitos. É concedido ao paciente que se encontre na fase sintomática da doença, ou que tenha dependente com câncer (Lei n. 8.922/94).

Para requerer o benefício do FGTS, o paciente deve, por sua vez, apresentar alguns documentos necessários, como a exemplo do atestado médico com validade não superior a 30 dias, contados de sua expedição, devendo conter a assinatura do médico e seu CRM; bem como ter o estágio atual da doença e do paciente. E deve ser requerido em alguma agência da Caixa Econômica Federal.

Outro direito concedido é o Saque de Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep). O saque pode ser realizado tanto pelo paciente quanto pelo trabalhador que tenha, em sua dependência, paciente com câncer, desde que esteja na fase sintomática da doença (Resolução nº 1, de 15/10/96 Conselho Diretor do Fundo de participação do PIS/Pasep).

Alguns documentos também são necessários para a retirada do benefício supracitado, como a exemplo de atestado médico com validade não superior a 30 dias, contados de sua expedição, contendo assinatura, carimbo e CRM do médico responsável pelo tratamento; o diagnóstico; o estágio clínico da moléstia e do paciente.

O auxílio-doença também será concedido ao paciente com câncer, desde que apresente qualidade de segurado.

A qualidade de segurado é definida a partir da avaliação das contribuições realizadas pelo trabalhador à Previdência Social e podendo ser prorrogada por mais 12 (doze) meses caso tenha registro no Sistema Nacional de Emprego - (Sine) ou tenha recebido seguro-desemprego, ambos dentro do período que mantenha a sua qualidade de segurado. É importante ressaltar que, no caso das neoplasias malignas, é dispensado o cumprimento de carência para que o trabalhador faça jus ao benefício, desde que as contribuições tenham sido realizadas anteriormente à data do diagnóstico de câncer (Direitos Sociais da Pessoa com Câncer, INCA, 2019).

O paciente com neoplasia maligna também tem direito à isenção de imposto de renda na aposentadoria, pensão e reforma. A Lei nº 7.713/88 traz dispositivo que versa sobre tal assunto, inclusive as devidas complementações oriundas de entidade privada e pensão alimentícia. Também é isento de demais impostos, como: Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) para Pessoas com Deficiência (ou seja, nestes casos, precisa, o paciente, também apresentar alguma física, visual, mental severa ou profunda); Imposto de Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços (ICMS) para Pessoas com Deficiência; Imposto de Propriedades de Veículos Automotores (IPVA) para Pessoas com Deficiência; Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU).

Entrando nas legislações específicas, sobre o câncer de mama, tratado no tópico anterior, a lei n. 12.802/2013 (alterou a Lei n. 9.797/99), que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades do Sistema Único de Saúde, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, para fornecer a reconstrução mamária, e devolver um pouco da autoestima perdida durante e após o tratamento.

É verdade que muitas são as mulheres em busca desse direito, mas poucas conseguem sua concretização. E isso é configurado como um problema na saúde pública, uma vez que muita verba é desviada, distribuída para outros setores, e uma tão importante, que é a saúde, por vezes é esquecida.

Apesar de existir legislação versando sobre a cirurgia reparadora de mama, pelo SUS, inexistem, por exemplo, legislações infraconstitucionais que versem sobre o fornecimento de próteses buco maxilo faciais, que é uma parte da odontologia que cuida da cavidade oral e seus anexos, bem como as deformidades dos maxilares e traumas. Uma parte também tão afetada, até mesmo também esteticamente, uma vez que a face é a porta de entrada do corpo. Infelizmente, essa lacuna demonstra um descuido do legislador sobre um dos pontos da área da saúde.

Outra legislação infraconstitucional é a Portaria de n. 55/99. Esta dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

Às vezes os pacientes com neoplasia maligna precisam se deslocar para outras cidades, e para isso, essa Portaria estabelece que essas despesas serão fornecidas e custeadas pelo Sistema Único de Saúde, através do Sistema de Informações Ambulatoriais SAI/SUS; é o que estabelece o art. 1º desta Portaria.

Vale ressaltar que tal direito do tratamento fora do domicílio só será concedido, de forma exclusiva, aos pacientes atendidos na rede pública ou que seja conveniada ou contratada pelo Sistema Único de Saúde (art. 1º, § 2º). E se o paciente ou acompanhante, porventura, precisar retornar ao município de origem no mesmo dia, a passagem e ajuda com custo e alimentação serão autorizadas (art. 8º).

Há outra Portaria também muito importante, que Institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, que é a de n. 874, de 2013, que tem 32 artigos. Logo em seu art. 2º já apresenta o objetivo da Portaria:

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Já no art. 2º supracitado, nota-se a importância que esta Portaria apresenta ao direito à saúde, mais especificamente no tocante ao câncer, vez que objetiva que a mortalidade seja dirimida, e, assim, contribui para uma melhor qualidade de vida aos pacientes, que já se encontram em situação tão debilitada, em virtude da neoplasia maligna.

O art. 3º traz a organização da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. Essa organização deve viabilizar que ações de atenção à população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde sejam contínuas, sendo articuladas entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sobre os princípios e diretrizes gerais,

Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo;

III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política;

IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social;  
e

V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE) (BRASIL, 2013).

Um ponto importante que consta no inciso I do artigo supracitado é o reconhecimento da neoplasia como sendo uma doença crônica, isto é, não são doenças transmissíveis, e são de progressão lenta e duradoura, podendo ser silenciosas ou sintomáticas e que, às vezes, é levada por toda a vida.

### CUIDADOS PALIATIVOS

O inciso III destaca a relevância de se existir, nesse processo, profissionais qualificados para o cuidado dos pacientes. Esse cuidado também inclui uma visão mais humana, mais empática que eles devem ter. Concordando com este entendimento, o art. 14, inciso II, traz como uma das diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o atendimento multiprofissional a todos os pacientes com neoplasia maligna, tendo devido cuidado e atenção.

O inciso V toca no ponto de uso de tecnologia que são usadas e voltadas para a prevenção e o controle de câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Essas tecnologias, portanto, e demais utensílios são provenientes de das políticas públicas, sendo formuladas por órgãos governamentais.

Quanto aos princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral, a Portaria traz, em seu art. 12, que as ações e serviços que são voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS fazem parte do princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

E, ainda, o cuidado integral inclui a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, para que seja, dessa forma, permitida o cuidado contínuo (art. 13).

Tratando sobre cuidados, os cuidados paliativos são, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer, definidos como sendo “os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida” (INCA, 2018). Têm como objetivo diminuir o sofrimento não só físico, mas psicológico, social e espiritual dos enfermos, e referem-se, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, aos cuidados total e ativo de pacientes, cuja doença não mais está reagindo aos tratamentos curativos.



Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Portanto, servem para proporcionar controle e prevenção da dor, alívio do sofrimento, fazendo com que não apenas o paciente, mas também sua família, tenha melhor qualidade de vida. Neste sentido, o inciso I do art. 21, da Portaria n. 874/2013, traz, como uma das responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios, organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS, considerando, dentre outros fatores, o tratamento e cuidados paliativos, para o controle do câncer.

A abordagem ao paciente e família é feita por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, em atividades diretamente ligadas às necessidades biopsicossociais. Entretanto, administrativos, motoristas, capelães, voluntários e cuidadores também acompanham e apoiam os membros da família e da equipe em prol do bem-estar do paciente (INCA, 2018).

Um aspecto importante e já mencionado é o fato de os cuidados paliativos ligarem os aspectos psicológicos e espirituais. No processo de tratamento da neoplasia maligna, os pacientes perdem, aos poucos, parte da autoestima, da segurança em si e na vida, causando angústia e muitas vezes pode levar à depressão. Portanto, abordar esses aspectos sob a ótica da psicologia e espiritualidade se faz muito necessário nesse processo.

O aspecto psicológico, uma vez que a conexão corpo, alma e mente é essencial. Quando a mente não está bem, todo o corpo responde. O espiritual serve como uma ligação do homem ao divino. Acreditar e ter fé em Deus muda, de forma positiva, a maneira como o paciente vai enxergar o tratamento e seus resultados.

Porém, quando o paciente já se encontra em fase terminal, isto é, quando o médico dá pouco tempo de vida em virtude do grau da doença estar avançada demais, os cuidados paliativos se tornam prioridade, afim de garantir uma qualidade de vida, conforto e dignidade nos últimos dias do paciente (INCA, 2018).

Como estes cuidados são oferecidos tanto aos pacientes quanto aos familiares que acompanham o processo, existe uma equipe multiprofissional que vai auxiliar, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, que trabalham de forma direta nas necessidades biopsicossociais (INCA, 2018).

É importante destacar que o parente chora e sofre junto, então o câncer afeta diretamente o âmbito familiar. Ouvir de um médico que não há mais nada que se fazer com o paciente causa efeitos psicológicos e físicos diversos. Mesmo que o enfermo venha a falecer, mas se ele foi bem cuidado nos últimos dias de vida, é mais fácil que a família entenda e aceite, porque percebeu que ele teve a oportunidade de uma morte digna.

Apesar de existir, na teoria, muita coisa versando sobre a temática da saúde de forma geral, na prática o que se observa, muitas vezes, é o desapontamento com a beleza da teoria. O Sistema Único de Saúde ainda não apresenta um centro de atendimento específico para atender, de forma eficaz, aos requisitos dos cuidados paliativos; então, apesar das exigências constitucionais, bem como legislações infraconstitucionais versarem sobre a temática do direito à saúde e, aqui, mais especificamente sobre os direitos dos pacientes com neoplasia maligna, constata-se que muitas vezes não há o cumprimento das políticas públicas.

Mas, se existem esses direitos, deve-se lutar por eles; a saúde e a vida são os bens mais preciosos que o homem tem; desistir deles não é uma opção. Mesmo que seja difícil, acreditar que as coisas podem melhorar pode surtir efeitos positivos na forma que se lida não só com a doença, mas também com o modo de viver e valorizar a saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde como um direito constitucional fundamental teve maior relevância com a Constituição Federal de 1988. Para entender o conceito atual de saúde, trazido pela Organização Mundial da Saúde, foi necessário um breve estudo histórico da temática; também se fez necessário trazer a importância da dignidade da pessoa humana, tanto no viés internacional, pela Declaração dos Direitos Humanos, mas, e sobretudo, a relevância para o ordenamento jurídico brasileiro.

Ao longo do trabalho, foi percebido que a saúde é um direito de todos, e dever do Estado, estando tal afirmação expressa na Constituição Federal, em seu art. 196. Ou seja, essa garantia constitucional deve ser universal e igualitária, e se dá através do Sistema Único de Saúde. Porém, infelizmente nem sempre o Estado consegue atender a demanda da população, o que faz com que algumas pessoas recorram ao judiciário, pela não efetivação do texto constitucional.

A forma pelo qual o Estado tem para concretização dos direitos à saúde é através das políticas públicas, que são voltadas para ações de interesses coletivos. Mas ao longo do trabalho, e foi visto que, como nem sempre o Estado atua da forma como deveria, o Ministério Público assume relevância tal, de ter a atribuição de cuidar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública; isto é, na omissão do Estado em efetivar um direito tão importante à vida, que é o direito à saúde, o Ministério Público se torna essencial na busca de potencializar o controle social. Assim, na omissão do Estado, e com o intuito de dirimir as judicializações sobre o direito à saúde, a Defensoria Pública entra como responsável por agir pelos hipossuficientes.

Então, a partir de toda essa análise e de tudo que foi discutido nesta monografia, foi observado que existe sim o direito à saúde, existem sim legislações específicas que versam sobre os direitos dos pacientes com neoplasia maligna, e também cuidados específicos para os pacientes e suas famílias – os cuidados paliativos. O problema é que, infelizmente em nossos país, muitas são as Leis, mas, ao menos no âmbito da saúde pública, elas têm pouca efetividade. Por causa disso, por vezes, diante da dificuldade e hipossuficiência dos pacientes, na falta da garantia de seus direitos, muitos precisam recorrer ao judiciário ou Ministério Público ou Defensoria na busca de uma ajuda maior, mesmo estando diante de tamanha debilidade e constrangimento social, por tudo que a neoplasia traz de consequência.

## REFERÊNCIAS

- AGNU. **Declaração sobre o uso do progresso científico e tecnológico nos interesses da paz e em benefício da humanidade**. Nova Iorque: 10 nov de 1975. Disponível em: <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/decl-progressocientifico.pdf>. Acesso em 15 jul 2019.
- ALMEIDA, Matheus Vilela Salgado. **Judicialização da saúde e o fornecimento judicial de medicamentos de alto custo a pacientes com câncer**. 2013. Monografia (graduação em direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- ALMEIDA, Vitoria Brito de; GOMES, Thays Karla Seabra; Neto, Antonio Carneiro de Carvalho. O direito à estética do paciente oncológico na legislação brasileira. IV seminário do instituto de pesquisa e extensão, perspectivas, e desafios da humanização do direito civil-constitucional: novos direitos sociais, João Pessoa; 2018, IDCC, p. 103-110.
- ALVES, Danielle Garcia. CARDOSO, Henrique Ribeiro. **Direito à saúde: Por uma Prestação Ética do Estado**. 1. ed. – Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2016.
- 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. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em 27 mar. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília, DF. Presidência da República. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 25 março 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Subchefia para assuntos jurídicos, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em: 27 mar. 2019.
- BRASIL. Lei nº 12802 de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Brasília, DF: subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm). Acesso em 26 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em 05 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Portaria nº 55 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html). Acesso em 05 ago. 2019.

CARVALHO, M. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 15-31, 19 jul. 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>. Acesso em 1 jul. 2019.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. - 11ª ed. - São Paulo: Saraiva, 2017.

DALLARI, Dalmo de Abreu. O direito à saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, n. 22, p. 57-64. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>. Acesso em 18 jun. 2019.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito** / Maria Helena Diniz – 10 ed. – São Paulo: Saraiva, 2017.

DINIZ, Wendson Abraão Fernandes. **A Judicialização como alternativa para a efetividade do direito social à saúde: discussões acerca da adequabilidade e eficiência da atuação do poder judiciário**. 2018. Monografia (graduação em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Paraíba, Santa Rita.

FARIAS, Rodrigo Nóbrega. **Direito à saúde & sua judicialização**. /Rodrigo Nóbrega Farias./ Curitiba: Juruá, 2018. 244p.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. **Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS**. *Revista de psicologia da UNESP* 9(1), 2010. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/428/406>> acesso em 18 jun 2019.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

GROFF, Paulo Vargas. Declaração de direitos nas constituições brasileiras. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 45, n. 178, p. 105-129, abr./ jun. 2008. Disponível em <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/176526/000842780.pdf> . Acesso em 19 maio 2019.

HOFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Caderno Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acesso em 25 jun 2019.

HOSPITAL DO CORAÇÃO. **Radioterapia: tratamento não invasivo é aliado na luta contra o câncer**. São Paulo, SP. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/hcor->

explica/oncologia/radioterapia-tratamento-nao-invasivo-e-aliado-na-luta-contr-o-cancer/. Acesso em: 19 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. Brasília, DF: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicoes/mulher-e-o-cancer-de-mama-no-brasil>. Acesso em 09 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cirurgia**. Brasília, DF: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>. Acesso em 10 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Como surge o câncer**. Brasília, DF: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>. Acesso em 12 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cuidados paliativos**. Brasília, DF: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em 10 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Direitos sociais da pessoa com câncer**. 5.ed. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2019. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//direitos\\_sociais\\_da\\_pessoa\\_com\\_cancer\\_5edicao.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5edicao.pdf). Acesso em 10 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estatísticas de Câncer**. Brasília, DF: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em 12 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018**. Brasília, DF: INCA, 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em 09 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Quimioterapia**. Brasília, DF: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/quimioterapia>. Acesso em 12 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Radioterapia**. Brasília, DF: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>. Acesso em 10 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Transplante de medula óssea**. Brasília, DF: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/transplante-de-medula-ossea>. Acesso em 09 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Serviços de cuidado paliativo gestão de qualidade**. Brasília, DF: INCA, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao\\_da\\_qualidade.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf). Acesso em 10 ago. 2019.

LUCION, Maria Cristina Schneider. **O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma demonstração de políticas públicas de promoção ao direito à saúde**. 2016. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Direitos Humanos, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/4202>>. Acesso em: 05 jul 2019.

MARTINS, Maria do Céu Antunes. A promoção da saúde: percursos e paradigma. **Revista de Saúde Amato Lusitano**, Castelo Branco, n. 22, p. 42-46, dez. 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 10 jun 2019.

MATSUMOTO, Dalva Yujie. Cuidados Paliativos: conceitos fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed. amp. e atual. São Paulo: ANCP, 2012, p.23.

MATTOS, Rubem Araújo. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface. Comunicação Saúde Educação. Rio de Janeiro. v.13, supl.1, p.771-80, 2009. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141432832009000500028&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141432832009000500028&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 jun 2019.

MELO NETO, Afrânio Neves de. **Cuidados paliativos: um direito à morte digna e o dever de prestação como política pública**. 2016. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Faculdade de Direito de João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Cartas de Palmas – TO**. Paraná, MPPR, 1998. Disponível em <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=8> acesso em 10 jul 2019.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição Federal da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

OLIVEIRA, Lavynia Fabrícia Vaz de; DINIZ, Wendson Abraão Fernandes; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. A proteção da dignidade humana diante das novas perspectivas de constitucionalização do direito civil: análise da promoção do direito à saúde dos pacientes com câncer. In: PEREIRA, André Gonçalo Dias; CARDOSO, Henrique Ribeiro; FEITOSA, Maria Luzia Pereira de Alencar Mayer. **Hipervulnerabilidade, saúde e humanização do direito civil constitucional**. Campina Grande: Eduepb, 2017.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque: 22 jul 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 10 jun 2019.

OMS; UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. 6-12 set. 1978, disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 25 março 2019.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris. 10 dez. 1948. Disponível em <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em 27 março 2019.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17(1); p. 29 - 41, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/29-41/pt>> Acesso em 29 março 2019.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, Malheiros Editores LTDA, 41ª edição, 2018. São Paulo.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n.16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em 25 jun 2019.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do Sistema Único de Saúde. *In*: Conferência Municipal e Estadual De saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod\\_resource/content/4/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf) . Acesso em 14 jun. 2019.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Vigilância Sanitária. Santa Catarina: DIVS/SC. Disponível em <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/sample-sites-2/81-vigilancia-sanitaria/121-vigilancia-sanitaria>. Acesso em 05 jul. 2019