

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

João Victor von Sohsten Arco-Verde

**O DIREITO À SAÚDE E O PACIENTE ONCOLÓGICO: PERSPECTIVAS DO
PRESSUPOSTO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE HUMANA**

Trabalho de Conclusão de Curso

SANTA RITA/PB
2023

João Victor von Sohsten Arco-Verde

**O DIREITO À SAÚDE E O PACIENTE ONCOLÓGICO: PERSPECTIVAS DO
PRESSUPOSTO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE HUMANA**

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

Orientador: Dr^a Ana Paula Correia de Albuquerque da Costa

SANTA RITA/PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A675d Arco-Verde, João Victor von Sohsten.

O direito à saúde e o paciente oncológico:
perspectivas do pressuposto constitucional da dignidade
humana / João Victor von Sohsten Arco-Verde. - Santa
Rita, 2023.
60 f.

Orientação: Ana Paula Correia de Albuquerque da
Costa.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ.

1. Paciente oncológico. 2. Direito à saúde. 3.
Princípio da dignidade humana. 4. Reserva do possível.
5. Mínimo existencial. 6. Judicialização da saúde. I.
Costa, Ana Paula Correia de Albuquerque da. II. Título.

UFPB/DCJ/CCJ-SANTARITA

CDU 34



DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

ATA DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Ao primeiro dia do mês de Novembro do ano de dois mil e vinte três, realizou-se a sessão de Defesa Pública do Trabalho de Conclusão do Curso de Direito intitulado “O direito à saúde e o paciente oncológico: perspectivas do pressuposto constitucional da dignidade humana”, sob orientação do(a) professor(a) Ana Paula Correia de A. Costa que, após apresentação oral, foi arguido pelos integrantes da Banca Examinadora que se reuniram, reservadamente, e decidiram emitir parecer favorável à Aprovação, de acordo com o art. 33, da Resolução CCGD/02/2013, do(a) aluno(a) João Victor Von Sohsten Arco-Verde com base na média final de 100 (Dez). Após aprovada por todos os presentes, esta ata segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Ana Paula Correia de A. Costa

Igor de Lucena Mascarenhas

Werna Karenina Marques Souza

Dedico este trabalho à minha família que esteve presente nos momentos mais difíceis e complexos da formação acadêmica.

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, Fernando e Luciana, pelo suporte durante os anos de graduação do curso de direito, em que, enfim, pude compreender o significado da palavra perseverança.

Em segundo ponto, prestar agradecimentos ao restante dos meus familiares, principalmente a Marcella, minha irmã, por manter o viés do meu foco sempre claro.

Noutro ponto, gostaria, também, de agradecer o apoio e a paciência da Dra. Ana Paula C. de Albuquerque da Costa, uma vez que, desde os anos de participação no programa de extensão ERO, sempre demonstrou a vontade em ensinar e de tornar mais humano cada operador do direito em formação.

Por fim, aos meus amigos – impossível seria mensurar a importância individual e citá-los –, que fizeram parte da graduação, bem como da vida pessoal e dos momentos de lazer.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo” (Paulo Freire).

Resumo

O presente Trabalho de Conclusão de Curso pretende tratar do direito à saúde e o paciente oncológico nas perspectivas do pressuposto constitucional da dignidade humana. Partindo de uma análise histórica e conceitual sobre a neoplasia maligna, busca-se inicialmente enfatizar as políticas públicas voltadas ao tratamento do câncer, em que a vulnerabilidade do ser humano é destrinchada no limiar dos direitos fundamentais. Com isso, discute-se a saúde como fomentadora de dignidade e seus limitadores práticos de caráter recursal, para, então, protagonizar a crescente instrumentalização judicial da saúde pública brasileira, especificamente, sobre o enfermo oncológico. Nesse ínterim, há a construção e impugnação da narrativa defensiva estatal para a negação do direito à saúde e à vida. Apresentamos reflexões sobre as perspectivas futuras em relação ao direito à saúde do paciente oncológico, ressaltando a necessidade de investimentos, parcerias e aprimoramento das políticas públicas. Ao final deste trabalho, realizamos uma síntese dos principais pontos abordados, destacando a complexidade do tema e a importância de ações integradas para garantir o direito à saúde. Em caráter de conclusão, há a análise, partindo de julgados dos Tribunais Superiores e normativas legais, em específico a eficácia da tutela estatal digna sobre o direito social à saúde ao paciente oncológico, ressaltando a imperativa necessidade de cooperação dos entes federativos na mudança da realidade fática vigente no território nacional, considerando os limitadores da dignidade humana, reserva do possível e mínimo existencial.

Palavras-chave: Paciente Oncológico; Direito à Saúde; Princípio da Dignidade Humana; Reserva do Possível; Mínimo Existencial; Judicialização da saúde.

Abstract

The aim of this Final Paper is to address the right to health and cancer patients from the perspective of the constitutional premise of human dignity. Starting with a historical and conceptual analysis of malignant neoplasms, it initially seeks to emphasize public policies aimed at cancer treatment, in which the vulnerability of the human being is unraveled at the threshold of fundamental rights. With this, we discuss health as a promoter of dignity and its practical limitations of a recursive nature, in order to then focus on the growing judicial instrumentalization of Brazilian public health, specifically on the cancer patient. In the meantime, the state's defensive narrative for denying the right to health and life has been constructed and challenged. We present reflections on future prospects in relation to the right to health of cancer patients, highlighting the need for investment, partnerships and improved public policies. At the end of the paper, we summarize the main points covered, highlighting the complexity of the issue and the importance of integrated actions to guarantee the right to health. In conclusion, there is an analysis, based on judgments of the Superior Courts and legal regulations, specifically the effectiveness of dignified state protection of the social right to health for cancer patients, emphasizing the imperative need for cooperation between the federal entities in changing the factual reality in force in the national territory, considering the limiting factors of human dignity, the reserve of the possible and the existential minimum.

Keywords: Oncology Patient; Right to Health; Principle of Human Dignity; Reserve of the Possible; Existential Minimum; Judicialization of health.

Lista de abreviaturas e siglas

ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
ARE	Agravo em Recurso Extraordinário
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CF/88	Constituição Federal
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
CPC/2015	Código de Processo Civil de 2015
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DF	Distrito Federal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RE	Recurso Extraordinário
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESP	Recurso Especial
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade em Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

Sumário

1	INTRODUÇÃO	11
2	PROLEGÔMENOS SOBRE A NEOPLASIA MALIGNA	15
2.1	Introdução ao estudo do câncer	16
2.2	Caracterização e historicidade do câncer	17
2.3	A vulnerabilidade multifacetada do paciente com câncer	19
2.4	Desdobramentos das políticas públicas nacionais de combate ao câncer	21
3	DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	30
3.1	Direito à saúde: premissa fundamental do paciente oncológico . . .	31
3.2	O princípio da dignidade da pessoa humana como fomentador do direito à saúde	34
4	A (IN)EFICÁCIA DA TUTELA ESTATAL NA PRESTAÇÃO HUMANA- MENTE DIGNA DO BEM JURÍDICO SAÚDE AO PACIENTE PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

À guisa de introito, faz-se imprescindível entender que o Direito à Saúde, direito fundamental asseverado na *Lex Mater* de 1988, figura em um anseio problemático ao Poder Estatal. Esse direito social é composto em inteira abrangência ao contingente populacional brasileiro, computando a acessibilidade integral, universal, imparcial e descentralizada à prestação de saúde, a exemplo do tratamento médico adequado e da disponibilidade medicamentosa (Lenza, 2020).

Consequentemente, o Direito à Saúde é essencial para assegurar a dignidade humana e o bem-estar social da população. No contexto do paciente oncológico, esse direito adquire uma relevância ainda maior, uma vez que o câncer representa uma das doenças mais desafiadoras e impactantes em termos de saúde e qualidade de vida.

O câncer, nos mais variados tipos, é fator debilitante para o paciente, sendo, por fato, perceptível estigmatizador social de vulnerabilidade. Nesse viés, o corrente trabalho monográfico, objetivando potencializar o estudo do liame entre o paciente portador de câncer e o Direito à Saúde sob a perspectiva basilar do Princípio da Dignidade Humana, discutiu, através de uma análise reflexiva, a conceituação e contextualização da doença em questão, a efetivação dos direitos dos pacientes oncológicos, a implementação de políticas públicas, as consequências arrostadas, a tutela estatal e a crescente judicialização em busca de provimento jurisdicional adequado.

Ainda que a Medicina, de forma geral, tenha tido um enriquecimento em sua desenvoltura na manutenção da saúde e da vida do ser humano, o indivíduo portador de neoplasia maligna vivência uma encruzilhada conflituosa em âmbitos diversificados de abordagem, seja levando em contas as dificuldades pessoais intrínsecas ao enfrentar choques emocionais, desde o diagnóstico, desestabilizadores, em que a estrutura familiar, caso exista, é posta em cheque ao desamparo.

Faz-se mister entender, primeiramente, que a neoplasia maligna é uma doença debilitante que acaba por degradar os bens jurídicos mais importantes do ser, quais sejam, a vida digna e a saúde, amparados pelos arts. 1º, 5º e 6º da Constituição Federal de 1988. Porém, além da camada primária, coaduna problemas sociais imediatos, os quais condicionam o contingente populacional afetado a depender diretamente do amparo e da assistência médica especializada das instituições de garantia estatizada, por meio da competência de responsabilidade comum entre os entes federativos

O direito à saúde, consolidado no art. 196 da CF/88, é dever estatal de concessão universal, consagrado pelas políticas públicas de organização e acesso integral, universal e célere à saúde em tutela de promoção, proteção e recuperação do enfermo.

A literatura tem explorado amplamente a relação entre o direito à saúde e o paciente oncológico, enfocando aspectos como o acesso a diagnóstico precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos. Dentre os estudos realizados, destaca-se a disposição

de Barbosa (2020) que analisa a judicialização como uma ferramenta para a garantia do mínimo existencial e do direito à saúde no contexto do câncer infantojuvenil. Bem como Guimarães (2021), que, no que lhe concerne, aborda o direito à saúde na luta contra o câncer, apresentando uma perspectiva jurídica sobre o tema.

Para compor tal contexto, dispõe-se de uma composição aflorada do que é legislado, tanto pela noção constitucional quanto pela conexão ao normativo infraconstitucional, sobre os pilares do direito do paciente acometido com câncer, caracterizando a imprescindibilidade do princípio da dignidade humana no fomento da saúde universalidade, na realidade do combate ao câncer no país, nas vertentes de relativização dos direitos fundamentais, que, ao se tornarem ausentes ou insuficientes, levam ao Poder Judiciário, na forma da prestação jurisdicional, uma nova categoria de trânsito processual como único meio de alcançar o postulado do mínimo existencial.

A problemática é configurada por um quesito ideológico de caráter pilar: baseado no postulado em positivação pelos direitos fundamentais da norma constitucional, há eficácia digna do direito à saúde para o portador de neoplasia maligna, considerando em vista a responsabilidade tutelar do estado?

Tratando dos objetivos específicos, a título de aprofundar o estudo desses direitos na percepção da dignidade humana, vida e saúde, intrínsecas entre si, corroborando com a crescente dos julgados recorrentes, que fecunda a demonstração da inobservância da saúde pública e das políticas públicas sobre o tema, válido é elencar a evolução histórica da importância tomada pelo legislador; efetivação do direito à saúde em conformidade à realidade do paciente oncológico e suas garantias complementares; captar a implementação da Dignidade da Pessoa Humana no direito à saúde e à vida e servir de instrumento problematizador da função de serventia estatal no controle do direito à saúde do enfermo.

Diante dessa composição, o presente trabalho visa analisar o direito à saúde do paciente oncológico em uma perspectiva do princípio da dignidade humana. Para tanto, serão abordados temas como o conceito de câncer e suas vertentes, tratamentos e diagnósticos, bem como a vulnerabilidade do paciente diante dessa doença. Serão examinadas também as evoluções das políticas públicas relacionadas ao câncer e a importância do direito à saúde no contexto brasileiro, conforme previsto na Constituição.

Ato contínuo, serão exploradas as questões relativas à tutela estatal, considerando o mínimo existencial e o confronto entre a reserva do possível e a dignidade humana. Nesse sentido, será abordada a judicialização da saúde relacionada ao câncer e seu tratamento, com o intuito de analisar tanto os aspectos positivos quanto os aspectos prejudiciais desse fenômeno. Será discutida também a falta de informação sobre o câncer e suas consequências, bem como a responsabilidade do Estado em prover informações adequadas e eficazes sobre ações políticas de prevenção e tratamento.

A fim de atingir o objetivo almejado na pesquisa, utilizou-se a metodologia de revisão bibliográfica e documental na pesquisa, partindo da análise de artigos científicos, doutrinas

multidisciplinares, em vista de documentação indireta, legislação específica, constitucional e infraconstitucional, somadas às políticas públicas assertivas sobre o tema, construindo uma abordagem fenomenológica de pesquisa, em sua grande maioria, qualitativa e descritiva.

Para tanto, os métodos dedutivo e dialético-crítico foram empregados para que a análise contida nesta pesquisa destine o uso de discussão e argumentação no debate da tutela estatal do direito à saúde do paciente oncológico.

Este trabalho monográfico optou pela destinação de uma introdução e três capítulos. No capítulo inicial, demonstra-se a conceituação histórica do câncer para assimilar o leitor à temática, a caracterização da vulnerabilidade do paciente oncológico, como o Estado confeccionou a evolução das Políticas Públicas voltadas ao Câncer.

No segundo capítulo, aborda-se o direito fundamental à saúde como pilar da base constitucional dos direitos sociais, a relação intrínseca com o direito à vida digna, a polarização entre a dignidade do ser, juntamente ao mínimo existencial humano, e o Princípio da Reserva do Possível.

Em último ponto, a tutela do estado é relatada sobre um perfil de discussão da aplicabilidade efetiva do Direito à Saúde, em que se questiona como custeio do maquinário público é considerado. Com respeito a esta particularidade, o Estado é detentor de postular aos entes federativos, União, Estado, Município e o Distrito Federal, uma posição de solidariedade comum distributiva entres seus membros com o definido sobre a saúde, ao qual tem a responsabilidade de reorganização técnica e de modo descentralizado ao prior da facilidade em atendimento tratado.

Por meio dessa análise, busca-se contribuir para um melhor entendimento do direito à saúde e suas implicações no contexto do paciente oncológico, tendo como base a perspectiva do princípio da dignidade humana. Ao examinar a relação entre o direito à saúde e o paciente oncológico, pretende-se identificar os desafios enfrentados pelos pacientes, as violações ocorridas, bem como as possíveis soluções e melhorias que podem ser implementadas.

A relevância desse estudo reside no fato de que o câncer é uma doença que afeta milhares de pessoas em todo o mundo, causando impactos significativos em suas vidas e exigindo cuidados especiais. O direito à saúde, como direito fundamental, visa garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade, tratamentos adequados e dignidade no processo de enfrentamento da doença. No entanto, muitas vezes, o paciente oncológico encontra obstáculos para exercer plenamente esse direito, seja pela falta de recursos, pela demora no acesso aos tratamentos necessários ou pela ausência de informações claras e precisas.

Dessarte, espera-se facilitar uma análise ampliada sobre o direito à saúde do paciente oncológico, enfatizando, prioritariamente, a importância da dignidade humana como princípio orientador das políticas de saúde. O presente estudo busca fornecer subsídios para o aprimoramento das ações governamentais, da atuação do sistema de justiça e da

conscientização da sociedade em sua totalidade, visando garantir o pleno exercício do direito à saúde e uma melhor qualidade de vida para os pacientes oncológicos.

2 PROLEGÔMENOS SOBRE A NEOPLASIA MALIGNA

O câncer é uma doença complexa que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, representando um desafio significativo para a saúde pública. Compreender o conceito de câncer e suas vertentes é fundamental para a abordagem adequada do paciente oncológico, bem como para a implementação de estratégias eficazes de tratamento e diagnóstico.

Neste capítulo, iremos explorar as diversas vertentes do câncer, analisando os diferentes tipos de tratamento e diagnóstico disponíveis, bem como as especificidades do paciente oncológico em relação à sua saúde e ao convívio social, além da evolução das políticas públicas combativas.

No que diz respeito ao diagnóstico do câncer, a detecção precoce e o rastreamento têm um papel crucial na redução da morbidade e da mortalidade. Estudos como o de Feitosa e Almeida (2007) analisam o perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais, destacando a importância desse tipo de exame na prevenção e no diagnóstico precoce da doença. Essa análise contribui para a compreensão da efetividade das políticas públicas de saúde voltadas para o controle do câncer.

Ao abordar o tratamento do câncer, é importante considerar os avanços científicos e tecnológicos que têm proporcionado novas perspectivas terapêuticas. Estudos como o de Vieira e Gamarra (2016) têm destacado os nanocarreadores como uma abordagem promissora no tratamento e diagnóstico do câncer. Essa tecnologia permite a administração direcionada de medicamentos, aumentando a eficácia dos tratamentos e reduzindo os efeitos colaterais.

Os cuidados paliativos também desempenham um papel fundamental no tratamento do câncer, proporcionando conforto e qualidade de vida aos pacientes em estágios avançados da doença. Nesse sentido, Mendes e Vasconcellos (2015) discutem a importância dos cuidados paliativos no câncer, considerando os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de alcançar o desfecho terapêutico humanizado. Essa abordagem destaca a necessidade de oferecer suporte integral aos pacientes, respeitando sua dignidade e garantindo o alívio dos sintomas e sofrimentos decorrentes da doença.

Além das questões médicas e terapêuticas, é essencial considerar o impacto psicológico do diagnóstico do câncer. Em estudo analítico sobre tais consequências, a partir dos relatos de pacientes portadores de câncer de mama em grupo de apoio, Menezes, Schulz e Peres (2012) proporcionam uma compreensão mais abrangente das necessidades emocionais e psicológicas dessas pacientes, permitindo o desenvolvimento de estratégias de suporte adequadas.

Diante dessa diversidade de abordagens e estudos, torna-se evidente a importância de compreender as diferentes vertentes do câncer, incluindo os avanços no tratamento e no diagnóstico, as necessidades psicossociais dos pacientes, a implementação de cuidados paliativos e a atuação da pesquisa acadêmica médica no progresso terapêutico. Assim

sendo, há a possibilidade da engrenagem compreensiva abranger a base fundamental para a promoção de políticas de saúde efetivas e para garantir o direito à saúde do paciente oncológico, tendo como pilar edificador o princípio da dignidade humana.

2.1 Introdução ao estudo do câncer

A neoplasia maligna é uma das maiores problemáticas de saúde pública, senão a maior, das últimas décadas no Brasil, inclusive figurando entre as quatro principais razões crônicas intransmissíveis de morte prematura do brasileiro natural (Confortin *et al.*, 2018). Não bastando os elevados índices de incidência e mortalidade, o câncer aflora, para além da gravidade da doença, a vulnerabilidade dos pacientes acometidos, os quais sofrem, desde o recebimento da notícia, com aflições e adversidades emocionais, físicas, financeiras e psíquicas, juntamente com o estigma social que carregam em seu cotidiano.

Corroborando ao anteriormente disposto, no ano de 2018, cerca de 18 milhões de novas inserções de casos de câncer no mundo foram computadas, entre os quais 9,6 milhões evoluíram ao óbito (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Especificamente no Brasil, constatou-se, em todo território nacional, que o câncer seguirá um aumento estimativo de 625 mil casos novos anuais a partir do ano de 2020 (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020).

Insta salientar que a hipossuficiência do portador de câncer é reflexa, ou seja, amigos e familiares recepcionam involuntariamente parte do temor relacionado à doença. As notícias acerca da temática circundam a negatividade do aumento, exponencialmente acrescidos pelo crescimento, envelhecimento populacional e dos hábitos da sociedade moderna urbanizada (sedentarismo, convívio social acelerado, alimentação prejudicial ao pleno funcionamento do organismo, entre outros), dos casos em todo Brasil, embora a notabilização estatal esteja seguindo de encontro à solução necessária (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020).

Com efeito, a denotação contraproducente implementada ao envolvimento do tema neoplasia maligna fecunda a formação de obstáculos ao imperativo conhecimento de suas vertentes. Desta feita, faz-se mister compor a base teórica da doença e de seus entraves, que enseja a discussão buscada neste segundo capítulo. Assim sendo, busca-se tratar, de forma generalista, sobre a definição do câncer, os seus aspectos sociais, a historicidade das políticas públicas como forma de combate, os custos em âmbito público, comparativo orçamentário e a perspectiva introdutória aos direitos fundamentais e sociais do paciente oncológico (Farinhas; Wendling; Zanon, 2013).

Assim sendo, imprescindem-se que, condicionado à realidade brasileira de insuficiência econômica e informativa sobre a temática do câncer, o paciente diagnosticado com neoplasia maligna, previamente à discussão relativa aos seus direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, compreenda a gênese da conceituação, dos pontos de origem

e das situações fático-orgânicas de risco, em que se incrementam com a percepção da historicidade dessa condição.

2.2 Caracterização e historicidade do câncer

A Neoplasia Maligna, considerada pela amplitude de formas em incidência, abarca um conjunto de peculiaridades distintivas que dificultam uma precisa definição. À vista disso, não é recente a tentativa humana de refinar os conhecimentos acerca da enfermidade, Siddharta Mukherjee (2012) reaviva, ao longo de sua literatura, importantes marcos na historicidade da evolução da terminologia que define o diagnóstico de câncer.

A título de exemplificação delimitativa, rememora Mukherjee (2012) que, em torno do século 400 a.C., o médico e filósofo Hipócrates disseminou a nomenclatura grega Karkinos, traduzida oficialmente para caranguejo, para idealizar a associação entre o tumor cancerígeno e os tubos sanguíneos circundantes, em virtude de semelhanças com o formato do próprio animal, sendo justamente a deriva da utilização atual.

Em outra amostra, o autor dispõe que as investidas de assentamento sobre a condição oncológica remontam, inclusive, o século 7 a.C, em que Imhotep, documentado em um papiro traduzido na década de 1930, narrava a existência de massificações corpóreas salientes de rápido alastre no continente populacional. Contudo, Mukherjee (2012) complementa que somente no século 20, em virtude da criação do tratamento por radioterapia e quimioterapia, houve a possibilidade de se cogitar sobre a possibilidade de regressão dos estágios da problemática.

Com efeito, buscando simplificar a abstração da doença, o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020) tendeu a caracterizar o crescimento desordenado de células, diferentemente da mera proliferação celular em busca de satisfazer necessidades do próprio organismo, uma vez que, tratando sobre o crescimento desordenado, há a possibilidade de que essa multiplicação agressiva e veloz promova o compute de intensa massificação corpuscular anormal.

O desenvolvimento celular desordenado configura a quimera do tumor, o qual prolifera, em desordenado potencial invasivo, pelos tecidos adjacentes, vasos linfáticos e sanguíneos. Por intermédio desse processo, há a implementação múltipla das células tumorais em órgãos distintos daqueles originários, acomodando um quadro de generalização da doença, qual seja, a metástase (Oppermann; Azambuja; Fischer, 2014).

No enquadramento do esclarecimento teórico, a Organização Pan-Americana da Saúde (2020) - OPAS, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idealiza o reconhecimento do processo, acima sintetizado, como metástase, inclusive creditada na justificação de óbito interligado ao câncer.

As condições que viabilizam a origem de tal desenvolvimento, ainda que considerados os frequentes avanços da medicina, são enigmáticas (Mukherjee, 2012). Contudo,

fatores genéticos, ausência de atividades físicas, prática de tabagismo, sobrepeso corporal, caracterizadores ocupacionais, hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, exposição aos diversos tipos de radiação e a utilização indiscriminada de determinados medicamentos operam como os principais componentes de incidência, podendo, assim, aflorarem a ocorrência de sintomas no enfermo (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020).

No que se refere à sintomatologia dos pacientes oncológicos, apesar de numerosas as formas de manifestação e tipos sistemáticos da doença, podem ser sumariadas em uma gama genérica de dor, fadiga, falta de apetite, náusea, vômito, constipação intestinal, sangramento e depressão, acentuando, inclusive, condições e comorbidades prévias (Salvetti *et al.*, 2020)

Ultrapassada a fase de diagnóstico cancerígeno, dar-se-á início à próxima etapa crucial: a intervenção por meio de tratamento. Ocorre que, atualmente, o método mais efetivo e de maior possibilidade de cura é o conjunto de ações de detecção precoce (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020). Ao possibilitar a localização de condições pré-cancerígenas ou quando, ainda que cancerígeno, restam condicionadas apenas ao órgão referencial, a qualidade de vida do paciente tende a ser preservada.

Em relação ao método de diagnóstico precoce, ressalta-se que o Programa Nacional para o Controle do Câncer da Organização Mundial da Saúde (2002) entendia a imperatividade dos Estados Nacionais de planejar políticas públicas informativas e combativas, fixando, então, uma das táticas de controle do câncer.

Noutra senda, destrinchando as políticas do supracitado programa, faz-se mister compreender o método de rastreamento, ou seja, concessão de exames em um contingente populacional ausente de caracterização sintomática, a fim de detectar condições ou doenças existentes e reduzir as taxas de mortalidade e morbidade por força de diagnóstica em estágio inicial.

Por sua vez, a investigação e o diagnóstico são realizados, segundo o INCA (2020), para basear, para além da extensão do comprometimento biológico do indivíduo impactado, a presença precisa de células cancerígenas. Nesse sentido, as principais abordagens consistem na avaliação dos sintomas, detalhamento específico do histórico médico do paciente para a orientação subsequente em investigação, exames laboratoriais com marcadores tumorais, indicadores micro de responsividade primária à presença da patologia, radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassonografias e outras formas de averiguação de alterações nas áreas indicadas.

Outro método promissor é a terapia alternativa de tratamento, que, embora de eficácia comprovada cientificamente em pesquisas especializadas, esbarram nos entraves embaraçosos do maquinário movimentando pela Indústria Farmacêutica dominante, as quais o interesse é único em propostas voltadas ao lucro.

Na visão de Rocha, Nascimento e Almeida (2018), o oligopólio das farmacêuticas,

conhecidas como grandes farmacêuticas, inviabiliza o bem-estar e equilíbrio social entre direitos e obrigações destes com os seus usuários, consistindo na dificuldade de acesso e no aumento dos custos de tratamentos aptos ao resultado almejado.

Partindo dessa premissa, ao invés de viabilizar o tratamento humanístico, as empresas do ramo problematizado afunilam as condições reais de cura aos indivíduos sociais que detêm os meios de acessibilidade de informação e estabilidade financeira, frise-se como minoritários no contexto pátrio.

Como se já não fosse suficientemente danoso, os procedimentos terapêuticos no combate ao câncer trazem avarias irreparáveis ao enfermo, que, muitas vezes cercado de insegurança, sequer detém a garantia de cura ou, até mesmo, de consequências irrecuperáveis (Teston *et al.*, 2018), quando posto à tona a forma como é conduzida na amplitude do território nacional.

Os avanços médicos, ao longo do tempo, não foram suficientes a tornarem os procedimentos listados acessíveis, humanizados e concretos, ainda que implementados de forma individualizada, aos que necessitam. Em consequência, a jornada de enfrentamento da doença em questão resta consubstanciada de sofrimento ao paciente, em que se faz imperioso romper com seu vicioso ciclo estigmatizador (Farinhas; Wendling; Zanon, 2013).

Desse modo, subsiste a condição penosa predominante na vivência diária do portador de neoplasia maligna, repercutindo visceralmente as repercussões biopsicossociais vulnerabilizadoras diante do impacto de uma doença misteriosa e objeto de sofrimento de famílias brasileiras.

2.3 A vulnerabilidade multifacetada do paciente com câncer

O enfrentamento do câncer envolve não apenas desafios médicos e científicos, mas também questões emocionais, sociais e jurídicas. O paciente oncológico é uma pessoa vulnerável em diversos aspectos, inclusive, que vão além da fragilidade física ocasionada pela doença e seus impactos.

Em verdade, o diagnóstico e tratamento do portador de neoplasia maligna é devastador àquele que o recebe, o qual afunila a inerência dos mais diversos estigmas socioestruturais. O prosseguimento de seu processo é delicado, principalmente, devido ao compilado de demandas, dores, medo da morte, indisposição do organismo, fragilidade psicológica e conjuntura burocrática dificultosa (Farinhas; Wendling; Zanon, 2013).

De acordo com Gomes (2019), o indivíduo diagnosticado com neoplasia maligna destaca uma condição de vulnerabilidade estampada, posto que a doença afeta diretamente sua integridade física e emocional, resultando em impactos significativos em sua qualidade de vida. Além disso, Nardello (2020) complementa que os pacientes submetidos aos cuidados paliativos, que são comuns em casos de câncer avançado, exprimem a nitidez da vulnerabilidade do ser humano, uma vez que a proximidade da finitude é revelada.

A vulnerabilidade física do paciente oncológico é evidente, pois a doença compromete o funcionamento do organismo, resultando em sintomas, efeitos colaterais do tratamento e fragilidade geral. O enfrentamento de exames invasivos, procedimentos cirúrgicos e terapias agressivas afeta diretamente a saúde física do paciente (Gomes, 2019). Assim sendo, as sequelas físicas decorrentes do tratamento podem impactar sua autonomia, mobilidade e bem-estar.

Nesse caminho, a inevitável precarização da estrutura familiar, quando preexistente, é dominada por sentimentos negativos acerca do desafio a ser enfrentado, em que ausente de ressignificação ao momento vivido, ainda perpassam os efeitos colaterais da terapia antineoplásica, comprometendo o poder financeiro, principalmente quando o acometido pela enfermidade é o único provedor daquele núcleo (Teston *et al.*, 2018).

Com isso, a tendência dos pacientes a desenvolverem problemas secundários é gritante. A título exemplificativo, a depressão é o transtorno psiquiátrico de maior incidência entre pacientes com câncer há décadas, aumentando até mesmo a mortalidade dos enfermos. Nisso, o desespero momentâneo, desamparo e a sensação de desconexão com a realidade palpável coíbem a procura de profissionais de saúde mental, ao que, consequentemente, inviabilizam o reconhecimento de outras doenças (Bottino; Fráguas; Gattaz, 2009).

Insta salientar que a morbidade da situação em que se já encontra o paciente oncológico ocasiona dissonância nas outras vertentes de sociabilidade. Portanto, o prejuízo estrutural circunda, além do indivíduo, a massa coletiva de modo geral, na medida que os usuários, fadados ao limbo da dúvida, privam a retomada da dignidade de viver por si só.

Por vez, conforme o transcorrer do ciclo evolutivo da doença, a vulnerabilidade do acometido desdobra em duplo aspecto. O primeiro é a constante mutação do modo de vida, dependendo da rápida adaptabilidade à condição da doença e do tratamento. De maneira acessória, envolve a sustentabilidade emocional e financeira perante as intemperes de um sofrimento compartilhado na ausência de perspectiva de futuro próximo (Farinhas; Wendling; Zanon, 2013).

Outrossim, a Saúde precede uma relação de intimidade com a perspectiva de Vida, a conectividade de intermédios, ao ponto que estabelece uma singularidade constitucional, em que atribui notabilidade na importância de garantir auxílio e tratamento para todos os indivíduos como seres humanos e não como simultaneidades partícipes de um sistema.

Ao interpretarmos esse trecho, tem-se a mais relutante nota que envolve isonomia da posituação constitucional e a garantia de sua concretização pela força estatal, aos quais se todos somos iguais, temos direito à saúde e que é dever do estado de garantir.

É nesse ponto que se percebe a existência do estado de vulnerabilidade de pacientes com câncer. Este paciente é o que possui maior delicadeza no prosseguimento de seu processo, já que adentra, concomitantemente, pontos de incapacidade dentro do meio social a ser contemplado, ao qual continua destrinchando um sistema de saúde sucateado

na gestão, no serviço e na conduta operacional possibilitando a perpetuação da lástima aos que já sofrem (Sales *et al.*, 2019).

Em suma, o panorama já gravoso do diagnóstico de câncer é afetado diretamente pelos polos ativos de legislações específicas competentes à garantia do direito à saúde, à vida e à dignidade do ser humanos, pautados na perfeita idealização da norma responsável para o combate à neoplasia maligna.

No contexto do acesso à saúde, o paciente oncológico enfrenta desafios significativos. As demandas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento requerem recursos financeiros, estrutura adequada e profissionais capacitados. No entanto, a realidade é que o sistema de saúde muitas vezes apresenta deficiências, como falta de infraestrutura, demora nos procedimentos e dificuldades no acesso a medicamentos e terapias (Gomes, 2019).

Além do já condicionado, há, ainda, a questão da judicialização da saúde, em que os pacientes recorrem ao sistema judiciário para garantir o acesso a tratamentos essenciais. Esse fenômeno evidencia a vulnerabilidade dos pacientes oncológicos no sistema de saúde, uma vez que precisam buscar amparo jurídico para garantir o cumprimento de seu direito à saúde.

A identificação dos principais desafios enfrentados pelo paciente oncológico em relação ao acesso à saúde é fundamental para compreender as vulnerabilidades específicas desse grupo. Vieira e Gamarra (2016) destacam a importância do diagnóstico precoce e da disponibilidade de tecnologias avançadas no combate ao câncer. No entanto, a falta de infraestrutura e recursos em determinadas regiões dificulta o acesso a exames e tratamentos adequados.

Diante dessas vulnerabilidades, impescinde-se de uma análise minuciosa do sistema de saúde para garantir a proteção e a promoção dos direitos do paciente oncológico. Políticas públicas eficazes, investimento em infraestrutura, capacitação de profissionais de saúde e acesso equitativo a tratamentos e terapias são aspectos essenciais para enfrentar os desafios e garantir um atendimento de qualidade aos pacientes (Sturza & Rosa, 2013).

Ou seja, fundamental é considerar o Princípio da Dignidade Humana como guia para ações e decisões relacionadas ao tratamento e cuidado do paciente oncológico. O respeito à dignidade humana implica em reconhecer a singularidade de cada indivíduo, garantindo-lhe condições adequadas de vida e acesso a cuidados de saúde adequados (Gomes, 2019).

Posto isso, compreender e abordar a vulnerabilidade do paciente oncológico, no contexto do direito à saúde, é essencial para promover uma atenção integral e humanizada.

2.4 Desdobramentos das políticas públicas nacionais de combate ao câncer

A contenda à neoplasia maligna é uma problemática pública de saúde enraizada na necessidade de força assertiva estatizada na prevenção, diminuição de incidência,

tratamento e desraigamento da doença, em que a eficácia de políticas públicas é figura indeclinável ao seu combate.

Primordialmente, o Brasil iniciou a base das subsequentes políticas públicas de contraposição ao avanço do câncer somente no Século XX. À época, o Ministério da Educação e Saúde estabeleceu dezesseis tipos de serviços prestados em prol da desenvoltura basilar de sustentação pátria, em que se destacava o Serviço Nacional de Câncer (SNC). Este, conceituando a doença como epidemia de risco, asseverava a conscientização pública por meio de estudos e pesquisas de prevenção.

No entanto, o entrave a ser debatido dependia do apoio de uma estrutura de suporte popular de hospitais filantrópicos e unidades estatizadas, ínfimas aos indivíduos que careciam de condições financeiras aptas à extensividade tanto da prevenção como das diretrizes de tratamento (Texeira; Porto; Habib, 2012), surgindo a primeira vertente de campanha estatal de combate efetivo ao câncer.

Distante de uma reforma sanitária efetiva, foram intentados programas para frenar a crescente exponencial do câncer no país. A redemocratização da política nacional, posterior ao Golpe Militar de 1964, postulou importante frente de integração progressista na intenção de universalizar o acesso à saúde e aos meios terapêuticos (Texeira; Porto; Habib, 2012).

Nesse interím, datado em 1986, a Campanha Nacional de Combate do Câncer é inaugurada pelo Ministério da Saúde como a primeira política pública multidisciplinar de estruturação de saúde oncológica em prol da qualidade de vida do paciente – da prevenção à erradicação.

Dada sequência, momento oportunizado pelo progressismo que envolvia a responsabilização governamental da época, promulgou-se a *Lex Mater* de 1988, texto este que avultou o direito à saúde, à vida e a garantia ao desenvolvimento humano digno como direitos e princípios inerentes ao jurisdicionado. De caracterização generalizada, restava a Constituição Federal de 1988 insuficiente ao propósito outrora iniciado, assim sendo, instituiu-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/1990) para fomentar as diretrizes do Sistema Único de Saúde acentuando o diagnóstico, tratamento e a recuperação de modo acessível, integral, universal e livre de ônus àquele que o utiliza.

Vale destacar ainda a Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em 1998, cujo objetivo é garantir a assistência oncológica integral e humanizada a todos os pacientes com câncer no país, por meio da organização da rede de serviços de saúde, da qualificação dos profissionais envolvidos e da promoção da participação social. No mês de dezembro de 1993, o Ministério da Saúde do Brasil, por força da Portaria n.º 170 da Secretaria de Assistência à Saúde, consolidou a positivação sistêmica ao incremento da luta contra a neoplasia maligna, em que fora estabelecida como o andamento da marcha procedimental deveria ocorrer nos tratamentos de alta complexidade em Câncer.

Demonstrada a insuficiência normativa, surgiu a Portaria n.º 3.535, no ano de 1998, da mencionada Secretaria, para, então, garantir o fiel cumprimento dos atendimentos

aos pacientes oncológicos, em que se compôs a teia de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que dispunha sobre a caracterização e credenciamento de uma rede especializada. Compunha, então, desta norma a unificação da tratativa pública na qualificação informativa de assistência ao paciente oncológico (Gadelha; Temporão, 2018).

Tais atos administrativos da autoridade pública de saúde, à época, estampavam a necessidade de um planejamento estratégico aos moldes da crescente problemática de saúde oncológica. Contudo, resistiam a aceitar a realidade de que não se tratava somente de prestação aos possíveis usuários de um sistema, mas, sim, da moléstia inerente ao contexto social daquela década, justamente por não discorrer sobre enfermidade contagiosa.

Continuamente, um marco importante nas políticas de atenção ao câncer no Brasil foi a criação do Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (PNPCTC) em 1999. Esse plano tinha como objetivo principal estabelecer diretrizes para o enfrentamento do câncer no país, abrangendo ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Silva *et al.*, 2019). Desde então, houve avanços na ampliação da oferta de serviços oncológicos e na qualificação dos profissionais de saúde. Esse plano estabeleceu diretrizes abrangentes para o enfrentamento do câncer no país, impulsionando a ampliação da oferta de serviços oncológicos e a qualificação dos profissionais de saúde.

Em 2005, a arrojada Portaria n.º 2.439/GM/MS de 2005 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica concedeu enfoque nacional combativo à doença, em que se considerava, agora na forma normativa, o câncer como problemática de saúde de ampla magnitude social. Desdobrava-se, pois, nos custos elevados de tratamento, qualidade da atuação afunilada e na efetividade concreta, condicionando, enfim, a Administração Pública ao necessário esforço pelo pleno acesso humanizado de todo o contingente populacional, principalmente, na propositura de um sistema estruturalizado e hierarquizado de atenção à problemática.

A Política surge, ainda que tardiamente, para compatibilizar a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Tal portaria, nos incisos de seu art. 2º, responsabiliza o Sistema Único de Saúde, doravante SUS, para construir uma rede regionalizada de organização de todos os níveis de atenção e atendimento à enfermidade alvo. Para tanto, deveria considerar que o Brasil não é um país de homogeneidade cultural, social, econômica e extensiva, o que necessitaria de uma implementação extraordinária aos fins almejados.

Com intuito de reformar a mencionada norma, o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, publicou a Portaria n.º 741/GM/MS de 2005 para amparar os gestores quanto aos papéis desempenhados em procura ao adequado desempenho assistencial de saúde pública oncológica. No decorrer de seus artigos, evidencia-se a primazia da atuação definitiva das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Referência de Alta

Complexidade em Oncologia, os quais findavam em uma nova estratégia procedimental de contenda adversa ao câncer.

Os esforços governamentais condensavam a garantia ao direito à vida e à saúde do cidadão pelo acesso nos mais distintos níveis de promoção (intra)federativa, repisando os princípios inaugurados do SUS dispostos no inciso V do art. 2º da Portaria n.º 741, conforme transcrito abaixo:

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

[. . .]

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica. (Brasil, 2005)

Considerando a escassez de hospitais especializados no tratamento básico e complexo oncológico (Gadelha; Temporão, 2018), os esforços não demonstravam suficiência ao objetivo comum, sendo, em 2013, implementada a Portaria n.º 874, também obra do Ministério da Saúde, da Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer (PNPCC) de forma internalizada ao SUS. Oportunizava-se, porquanto, o combate efetivo contra a enfermidade por força do maquinário público para redução da incidência, mortalidade e desumanização da problemática, consoante exprime os listados incisos de seu art. 7º:

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado;

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais;

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares;

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável;

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer;

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares;

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006;

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha

agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. (Brasil, 2013)

Nesse cenário, visou-se a garantia de uma abordagem integral no cuidado ao paciente oncológico, configurando não exclusiva o tratamento médico, mas, concomitantemente, a assistência psicossocial e até alívio paliativo ao usuário. Em acordo com a PNPCC, os centros especializados detêm o condão de ofertar diagnóstico em tempo hábil, acompanhamento e tratamento intermediados por equipes de profissionais sociais e de saúde para prestar o devido suporte.

Com o advento da PNPCC, a notoriedade da atuação pública pela cobertura e supervisão do direito à saúde do paciente oncológica recepcionou avanço considerável em como o Estado conduziria sua efetivação no contexto brasileiro, apesar da expressa relativização dos princípios institucionais do SUS (Mendes; Vasconcellos, 2015).

Insta salientar que o supracitado texto pautou responsabilidades diretas ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde, impossibilitando qualquer alegação de inércia ou inação por parte destes, vide destacadas a seguir, respectivamente, nos seus arts. 22, 23 e 24:

Art. 22. Ao Ministério da Saúde compete:

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer;

II - analisar as informações providas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão;

III - consolidar e divulgar as informações providas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal;

IV - definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira;

V - elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer;

VI - realizar estudos de ATS e AE, no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS;

VII - estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer a partir de estudos de ATS e AE, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações; e

VIII - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite.

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete:

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais

- II - para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer;
- III - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- IV - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos;
- V - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;
- VI - analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer;
- VII - implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS;
- VIII - analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados;
- IX - garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);
- X - utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica;
- XI - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- XIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente;
- XIV - apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer;
- XV - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e
- XVI - efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde.

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete:

- I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP);
- II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais;

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no Município;

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município;

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção;

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

VII - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer;

VIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente;

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES;

X - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e

XI - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (Brasil, 2013)

A importância desta política pública voltada a promoção da saúde é centralizada na consolidação da responsabilidade estatal voltada ao câncer. Desse modo, a fim de facilitar a sua implementação, considerou imperiosa a colaboração das estruturas de saúde dos entes federativos (União, Estado, Distrito Federal e Municípios), caso contrário, impossível seria efetividade em um país, além de afetado pela hipossuficiência básica, de dimensões continentais.

Como mencionado anteriormente, em 1990, a Lei Federal n.º 8.080, instituidora do Sistema Único de Saúde, entrou em vigor. Verifica-se que a assistência farmacêutica recebeu a primeira incorporação normativa em texto infraconstitucional, especificamente no art. 6º, I, “d”, bem como o âmbito de inserção a ser determinado.

Com a evidenciação da PNPC, a notoriedade da atuação pública pela cobertura e supervisão do direito à saúde do paciente oncológica recepcionou avanço considerável em como o Estado conduziria sua efetivação no contexto brasileiro, apesar da expressa relativização dos princípios institucionais do SUS (Mendes; Vasconcellos, 2015).

No sentido dos critérios de fornecimento terapêutico de medicação, a norma federal, no transcorrer do art. 19, definiu que a prescrição médica deve obedecer protocolos clínicos específicos para as doenças de caráter de saúde, garantindo-se, complementarmente em

avaliação, a segurança, efetividade, adequação e custo-benefício para a Administração Pública (Haeberlin; Fraga Jr.; Martini, 2019).

Tais protocolos clínicos e listas viabilizadoras de medicamentos são avaliados pela Comissão Nacional de Tecnologias do SUS (CONITEC), editada a Lei Federal n.º 12.401/2011 (conjunta ao Decreto Federal n. 7.646/2011), o qual dispõe de votação em plenário para as decisões retro mencionadas. Além das diretrizes terapêuticas, a Comissão é competente para confeccionar parecer de manifestação sobre acréscimos e decréscimos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Ainda que existente política pública farmacêutica, os autores Haeberlin, Fraga Jr., Martini (2019) rememoraram o aumento nas ações judiciais de fornecimento de medicamentos, especificamente tratado em capítulos ulteriores, principalmente não componentes da RENAME. Frisam-se três fatores: i) desinformação dos médicos que prescrevem o tratamento; ii) burocracia e ineficiência do Estado em atualizar a listagem; iii) a influência da indústria farmacêutica em manter os medicamentos mais vantajosos e sem imediata nova competição mercadológica.

O Superior Tribunal de Justiça julgou o Tema Repetitivo 106/2018, transitado em julgado no ano de 2022, garantindo, em tese, que os entes federativos estariam obrigados ao fornecimento de medicamentos não relacionados em atos normativos do SUS.

Para tanto, a tese firmada compilou os seguintes requisitos cumulativos essenciais à concessão:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. (Brasil, 2018).

Traçando a continuidade desta seção, assenta-se que as políticas públicas de combate ao câncer, como perceptível, foram somente impulsionadas prioritariamente nas décadas finais do século XX, ao que, até então, entendia-se pela inexpressividade epidemiológica de incidência (Texeira; Porto; Habib, 2012).

Apesar dos avanços, ainda persistem desafios no enfrentamento do câncer no Brasil. Um dos principais é a necessidade de investimentos contínuos em prevenção e promoção da saúde, como ressaltado por Sanches *et al.* (2017). Ainda é necessário ampliar o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, especialmente em regiões remotas e desfavorecidas, garantindo que todos os pacientes tenham acesso igualitário a diagnóstico e tratamento adequados.

Além disso, a integração dos serviços de saúde em uma rede eficiente é um desafio a ser enfrentado. Formigosa e da Silva (2021) apontam que a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a articulação entre as unidades de saúde são fundamentais

para assegurar o encaminhamento adequado dos pacientes, evitando a fragmentação do cuidado e garantindo a continuidade do tratamento.

Outro desafio significativo é o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais no acesso aos serviços de saúde. A equidade no acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer ainda é uma questão pendente, exigindo esforços na redução das disparidades e na promoção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo (Silva *et al.*, 2019).

Apesar dos desafios, faz-se importante ressaltar as conquistas alcançadas na implementação das políticas públicas de saúde relacionadas ao câncer. A redução da mortalidade por câncer de colo de útero, a ampliação da oferta de serviços especializados, a capacitação de profissionais de saúde e a conscientização da população sobre a importância da prevenção são algumas das conquistas que têm impactado positivamente a abordagem do câncer no Brasil.

A consolidação dessas conquistas e a superação dos desafios na implementação das políticas públicas de saúde relacionadas ao câncer requerem um esforço contínuo e coordenado entre os diferentes atores envolvidos. É fundamental que as políticas sejam baseadas em evidências científicas atualizadas e que considerem as características e necessidades específicas de cada região e grupo populacional.

No âmbito das políticas públicas de saúde relacionadas ao câncer, é essencial considerar a importância da participação social e da articulação entre os diferentes atores envolvidos. Para tanto, a construção de parcerias entre governo, instituições de pesquisa, organizações não governamentais e sociedade civil é fundamental para promover a implementação de ações efetivas e alcançar resultados significativos na prevenção e no tratamento do câncer (Silva *et al.*, 2019).

De forma geral, tais políticas públicas objetivam facilitar o enfrentamento do câncer no Brasil, tornando imprescindível o investimento em prevenção, diagnóstico e tratamento na promoção digna de saúde pelos entes federativos de modo a humanizar uma trajetória conturbada desde o diagnóstico, inclusive deleitando os aspectos orçamentários a serem contabilizados à efetividade com medicamentos, equipes profissionais, instalações de qualidade e materiais que atendam ao exigido.

Nada obstante ao avanço médico e institucional das medidas combativas ao câncer, a realidade fática, muitas vezes, é árdua em um ciclo omissivo estatizado. Ainda que consideradas as políticas públicas esquematizadas, a carência de informação e implementação dos direitos do paciente oncológico configuram em expressa afronta ao Direito à Saúde.

3 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo exercerá breve discussão contextualizada sobre os aspectos constitucionais e infraconstitucionais a respeito do Direito à Saúde e seus seguimentos, a fim de estabelecer esteio necessário ao entendimento deste Trabalho.

No capítulo anterior, abordou-se a perspectiva de saúde do paciente portador de neoplasia maligna, apesar de breves menções, não consistiu em uma análise deste direito humano fundamental, previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei n.º 8.080/1990, que priorizam o relato procedimental da promoção, proteção e recuperação da saúde como direito garantido, bem como o funcionamento e estruturação dos sistemas integrados.

Pois bem, o direito constitucional fundamental é aquele que institui a base do normativo objetivo nacional para convivência contratualista pacífica do meio. O Estado Democrático do Brasil revolve, com a investidura do art. 5º, §1º, da CF/88, a aplicação imediata dos direitos e garantias denotados como fundamentais, porquanto, computando o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), ou seja, intervencionismo suficiente à isonomia na prestação positivamente normativas e de serviços públicos (Delduque *et al.*, 2013).

Diante disso, o Direito à Saúde representa a segunda dimensão do acervo constitucional, a qual emprega a disposição de igualdade material entre os jurisdicionados, a exemplo dos direitos sociais à saúde, educação, previdência social, alimentação, ao trabalho, segurança, lazer, previdência social e assistência aos desamparados, com esteio no art. 6º da CF/88. Tais concessões do Estado Social de Direito abarcam o caráter histórico, universal, indisponível, indiscriminado, irrenunciável, inalienável e imprescritível, assegurados no manto da boa-fé pública (Lenza, 2020).

Os direitos sociais destinam situações subjetivas pessoais ou grupais concretizadas de uma igualdade de condições de procedibilidade de vida, consagrados, veementemente, no art. 6º da CF/88. Desta feita, a tutela da saúde figura direito de todos e dever institucional dos governantes, visando a mitigação de enfermidades e o acesso universal às ações de sua efetividade.

Impende salientar, ainda, sobre o critério que transcorre na formatação e representatividade desse direito, em que sua descrição concorre a ser de um direito pilar – aquele que permite ramificações do seu embasamento –, para complementar e introduzir outros direitos, ao ponto de serem dependentes diretos do complemento do Direito à Saúde, fazendo que a garantia estendida aos doentes crônicos é destacável, embora esquecida.

Dessa maneira, o autor Pedro Lenza conduz a narrativa do condão do direito à saúde ao expor que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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.

[...]

Como se sabe, a doutrina aponta a dupla vertente dos direitos sociais, especialmente no tocante à saúde, que ganha destaque, enquanto direito social, no texto de 1988 (Lenza, 2020, p.1347).

Vigorando tal visão, é perceptível que, embora ocorra uma designação de competência na execução essencial, a camada social dos pacientes com câncer, acesso dificultoso e, dificilmente, atende às exigências básicas, que acabam por impossibilitar o seu tratamento rápido e eficaz, no fim, a saúde não encontra as parcelas da sociedade que precisa tocar, o qual já se nota a primeira falha estatal naturalizada, o estado não pode se abster no prejuízo de terceiros e ele deve ser configurar a proteção ao direito social.

3.1 Direito à saúde: premissa fundamental do paciente oncológico

O Direito à saúde, congruente ao repisado preliminarmente, incorporado na Carta Magna vigente, é matéria de relevância pública à disponibilização dos serviços de prevenção e tratamento do usuário. Com foco nessa premissa, o entendimento de Lenza (2020) aponta que a temática reflete em uma duplicidade de naturezas. Primeiramente, postula-se a vertente negativa, em que o Estado ou o cidadão, independentemente de qual seja a entidade representativa federal, devem abjurar-se de efetuar de ações ou omissões que prejudiquem o direito de terceiro. Em contrapartida, a natureza positiva destina enfoque à valorização prestacionista do Estado ao implementar o direito.

Nesse passo, os direitos fundamentais firmam a redução de materialidade social destoante que, ao regular a tutela jurídica procedimentalista do Poder Público, acaba por positivar valores que repercutem nas mais diversas esferas do direito na forma de incondicional validade (Delduque *et al.*, 2013).

Os dispositivos constitucionais que asseguram o acesso à saúde e à vida digna possuem uma relação direta com o tema do artigo, que busca explorar o direito à saúde dos pacientes oncológicos. Esses dispositivos são de extrema importância para atingir os objetivos do trabalho, pois estabelecem as bases legais e os princípios fundamentais que garantem o acesso aos serviços de saúde voltados para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

O artigo 6º da Constituição Brasileira reconhece a saúde como um direito social e estabelece que é dever do Estado promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos. Esse dispositivo destaca a importância de se assegurar o acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade, incluindo aqueles relacionados ao câncer. Ele reforça a necessidade de políticas públicas voltadas para a saúde da população, especialmente no que se refere à prevenção e ao tratamento de doenças graves como o câncer.

Sequencialmente, o artigo 196 da Constituição vai além ao reafirmar o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Ele estabelece que o acesso aos serviços de saúde deve ser igualitário, sem discriminação, garantindo a assistência integral.

Esse dispositivo tem uma ligação direta com os objetivos do trabalho, uma vez que ressalta a necessidade de se proporcionar a todos os pacientes oncológicos o acesso adequado aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, independentemente de sua condição socioeconômica.

Nesse ponto, a esfera legiferante do Poder Público Nacional fundamentou a base para a responsabilidade solidária dos entes federais quando buscada a tutela jurisdicional e prestacional.

Para preconizar tal finalidade, o artigo subsequente ao acima colecionado determina a introdução à complementação da norma constitucional por termos infraconstitucionais. Veja-se:

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).

Já o artigo 198 da CF/88 trata da organização do sistema de saúde, estabelecendo que as ações e serviços devem ser regionalizados e hierarquizados, visando à descentralização e à participação da comunidade. Essa organização é fundamental para garantir a efetividade das políticas de saúde, especialmente no que se refere ao câncer. A descentralização permite uma distribuição equitativa de recursos e serviços de saúde, contribuindo para o acesso dos pacientes oncológicos em diferentes regiões do país. Além disso, a participação da comunidade no processo decisório favorece a construção de políticas mais adequadas às necessidades locais.

Por fim, o artigo 199 da Constituição prevê a participação complementar do setor privado no Sistema Único de Saúde (SUS), desde que respeitados os princípios do sistema. Essa participação é relevante para ampliar a oferta de serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados ao câncer. Parcerias entre o setor público e privado podem contribuir para a melhoria da infraestrutura, equipamentos e recursos humanos disponíveis, bem como para a redução das filas de espera e a oferta de tratamentos mais especializados.

A participação complementar do setor privado, desde que em conformidade com os princípios do SUS, pode contribuir para suprir demandas e ampliar a oferta de serviços de saúde, incluindo a área oncológica. No entanto, é necessário garantir que essa participação ocorra de forma regulada, para evitar a mercantilização da saúde e preservar a integralidade e universalidade do sistema.

Esses dispositivos constitucionais são essenciais para garantir o direito à saúde dos pacientes oncológicos. Eles estabelecem as bases legais que sustentam a implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Além disso, eles reforçam a necessidade de um sistema de saúde organizado, descentralizado e com participação da comunidade, visando assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Ao reconhecer o direito à saúde como um direito social, a Constituição Brasileira

estabelece que o Estado tem a obrigação de garantir a assistência necessária para o enfrentamento do câncer, visando à promoção da qualidade de vida e à dignidade humana.

No entanto, o que definiria a conceituação do termo saúde? Ora, a resposta não é das mais simples, haja vista a multiplicidade de facetas que podem ser consideradas, como medida de efetivação da dignidade, como problemática social ou valor de estado vital. O presente trabalho adotou a concepção de saúde como fenômeno orgânico, biológico, psicológico e social de qualidade de vida humanizada, em que se é capaz de conduzir as funções e capacidades mínimas existenciais (Almeida filho, 2011).

Importantes à concretização do direito à saúde nacionalmente, os tratados internacionais garantidores dos direitos fundamentais dos quais o Brasil figura como signatário. Frisa-se, inicialmente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), que reconheceu, na extensão de seu art. 25º, a qualidade de vida e saúde harmônica entre os seres humanos. Esta qualidade, por sua vez, envolvia o sequenciamento de prestações materiais sociais de garantia do mínimo digno (Delduque *et al.*, 2013).

Ademais, a Convenção Americana de Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, de 1969, conjuntamente à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2006, garantem o reconhecimento da saúde em mesmo nível de acesso e integração aos serviços públicos à base do Princípio da Dignidade Humana.

Reconhecido o relatado princípio como pilar constituinte aos direitos fundamentais restantes, a plena efetivação depende da previsão legal que estabelece o financiamento orçamentário por via da seguridade social para promoção de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, em outras palavras, a destinação de verba pública é fator determinante na aplicabilidade do Direito Fundamental à Saúde.

O Estado de Bem-Estar Social disposto no território nacional é, então, responsável pela prestação positiva de suas normas constitucionais e da proteção destas. O ato de constitucionalização dos direitos humanos fundamentais não conduz apenas em listagem formal de princípios, mas, sim, a expressa garantia de efetividade pelas autoridades públicas, as quais, a exemplo da saúde, devem empregar os esforços necessários à sua preservação. Entretanto, a constatação da falha do ordenamento jurídico e do emprego prático estatal é evidenciada na dependência da tutela perante o Poder Judiciário, atualmente, imprescindível para tornar efetiva a aplicação do direito em questão (Amaral, 2019).

À luz desse sentido, o direito à saúde deveria ser a certeza do ser humano em complementar sua individualidade com a confiança que a dignidade é intrínseca ao complemento de seu ser. Assim sendo, Lenza (2020) salienta que somente existe vida quando há saúde, impossível seria conceber a divisão destes direitos que, na verdade, caminham lado a lado.

A dignidade da vida humana não é pleito a ser peticionado em instrumentalizações de tutela jurisdicional, ao invés disso, configura-se como dever e responsabilidade da

Administração Pública na forma da perseverança da vida e da integridade física e mental das pessoas, cabendo penalização de comportamento institucionalizado inconstitucional.

No mesmo sentido, a Ministra, do Supremo Tribunal Federal (STF), Cármen Lúcia Antunes Rocha atesta que:

[...] este princípio vincula e obriga todas as ações e políticas públicas, pois o Estado é tido como meio fundado no fim que é o homem, ao qual se há de respeitar em sua dignidade fundante do sistema constituído (constitucionalizado). É esse acatamento pleno ao princípio que torna legítimas as condutas estatais, as suas ações e as suas opções [...] (Rocha, 2001, pág. 55).

Nesse diapasão, emprega Bulos (2022), no discorrer de sua obra, a ressalva de que, muito embora a dignidade humana trate de fundamento constitucional de primazia indubitável, o Estado tende a não refletir em similar premissa, cuja necessidade deveria ser extraordinária e irremediável.

Conexa à realidade do paciente oncológico, exprime-se uma faceta distinta da almejada, em que a proteção à saúde necessita, cada vez mais, do reforço judicial para o reconhecimento da obrigação estatal no fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos aos usuários em necessidade, ainda mais quando estes envolve alto grau de complexidade e custo.

Aparenta ao meio social que as vulnerabilidades sociais condicionam impacto ao princípio da universalidade dos serviços públicos de saúde, tendo em vista desigualdade na obtenção procedimental adequada ao usuário. Isso se deve não apenas à ingerência dos recursos econômicos estatais, mas, também, a faltar informação, disponibilização de campanhas de conscientização e ao dificultoso acesso às garantias constitucionais.

3.2 O princípio da dignidade da pessoa humana como fomentador do direito à saúde

A dignidade humana, como princípio social, surge, ainda no século XVIII, em meio aos debates iluministas, no sentido de relativização da individualidade do ser para propor o entabulado no contratualismo à época. Todavia, apenas após a Segunda Guerra Mundial o Estado Democrático de Direito o assume e impulsiona a dignificação humana em sobreposição a qualquer política contrária. Nota-se que a estrutura dos direitos fundamentais passa a ser regida pela alusão ampliativa deste conceito, qual seja, a de princípio fundamental do Estado Democrático de Direito, disposto no inc. III do art. 1º da CRFB/88. (Rocha, 2001).

Um país soberano democrático deve figurar incapaz de buscar qualquer entendimento público que precarize a condição social do cidadão, constitui-se, na perspectiva de Amaral (2019), o mínimo de invulnerabilidade de direitos e garantias, cuja a razão é simples: prosperar do ser, ainda que, raramente, sejam viáveis limitações ao livre exercício desses, respeitadas as consagrações individuais.

Desta forma, o Princípio da Dignidade Humana, inerente a todo cidadão, é quesito de procedibilidade da existência plena da vida (Rocha, 2001), devendo o direito à saúde

obedecê-lo. A efetividade deste somente é passível de aferir quando comungada com a digna aplicabilidade concreta. Ora, de nada vale a norma, na perspectiva do paciente oncológico, que, formalmente compactuada, queda de ofertar o mínimo existencial ao diagnóstico em tempo hábil, ao tratamento gratuito e eficaz e à ressocialização do indivíduo.

O perfil do princípio da dignidade do ser humano é celebrado por Uadi Lammêgo Bulos (2022) como a busca por formas de reestabelecer a convivência pela Justiça (a humanidade). Em posição notória, quando há a falha dos acessos aos fins de saúde, em tratamentos contra o câncer e na composição de direitos garantidos ao paciente, torna-se importante descobrir a posição estatal em controle e sua responsabilidade nessa problemática.

O Princípio em comento firma a isonomia social por meio de políticas públicas de inclusão, as quais configuram os moldes da trajetória daquela sociedade. Mais claramente, a partir do instante que o enfermo oncológico dispõe de normativa de inserção e garantia dos seus direitos constitucionais e infraconstitucionais, há o impedimento assegurado de exclusão do ser humano do ambiente social a que é compatível (Rocha, 2001). Enfatiza-se, entretanto, que, apesar de que teoricamente o Estado não se ausentará da instrumentalização do serviço de comum bem, há a crescente escala de judicialização do direito à saúde do paciente portador de câncer.

Curiosamente, é de se pensar que o Estado adotasse uma postura combativa à intrínseca ou circunstancial exclusão social (marginalização do cidadão), mas os julgados pátrios refletem, cada vez mais, uma posição defensiva e limitadora, ao invés de acolhedora.

Por seu turno, a mencionada tese introduz a reserva do possível. Ainda que direito de todos e dever do Estado, o direito à saúde possui este limitador a ser especificado no presente tópico.

O Princípio da Reserva do Possível representa de que a Administração Pública deve conduzir, literalmente, o possível aos esforços de efetivar os direitos fundamentais individuais e coletivos, até o ponto que os cofres públicos, leia-se orçamento e disponibilidade creditícia, consigam sem problematizar as demais conduções administrativas.

Em tese, a limitação somente poderia ocorrer quando a garantia de um direito ponha em risco de não cumprimento dos demais, assim, inexistindo a noção de preferência do particular sobre a coletividade (Amaral, 2019).

O Supremo Tribunal Federal é recorrente na tratativa da Reserva do Possível em respeito à Teoria dos Custos, em que se explica a inviabilidade de galgar tal princípio em detrimento da qualificação do mínimo existencial, ao que se faz imperativo repisar a seguinte ementa em destaque:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO (LEI Nº 12.322/2010) – MANUTENÇÃO DE REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – DEVER ESTATAL RESULTANTE DE NORMA CONSTITUCIONAL – CONFIGURAÇÃO, NO CASO, DE TÍPICA HIPÓTESE DE OMISSÃO INCONSTITUCIONAL IMPUTÁVEL AO MUNICÍPIO – DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO PROVOCADO POR INÉRCIA ESTATAL (RTJ 183/818-819) – COMPORTAMENTO

QUE TRANSGRIDE A AUTORIDADE DA LEI FUNDAMENTAL DA REPÚBLICA (RTJ 185/794-796) – A QUESTÃO DA RESERVA DO POSSÍVEL: RECONHECIMENTO DE SUA INAPLICABILIDADE, SEMPRE QUE A INVOCAÇÃO DESSA CLÁUSULA PUDE COMPROVETER O NÚCLEO BÁSICO QUE QUALIFICA O MÍNIMO EXISTENCIAL (RTJ 200/191-197) – O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS INSTITUÍDAS PELA CONSTITUIÇÃO E NÃO EFETIVADAS PELO PODER PÚBLICO – A FÓRMULA DA RESERVA DO POSSÍVEL NA PERSPECTIVA DA TEORIA DOS CUSTOS DOS DIREITOS: IMPOSSIBILIDADE DE SUA INVOCAÇÃO PARA LEGITIMAR O INJUSTO INADIMPLEMENTO DE DEVERES ESTATAIS DE PRESTAÇÃO CONSTITUCIONALMENTE IMPOSTOS AO PODER PÚBLICO – A TEORIA DA “RESTRIÇÃO DAS RESTRIÇÕES” (OU DA “LIMITAÇÃO DAS LIMITAÇÕES”) – CARÁTER COGENTE E VINCULANTE DAS NORMAS CONSTITUCIONAIS, INCLUSIVE DAQUELAS DE CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, QUE VEICULAM DIRETRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ESPECIALMENTE NA ÁREA DA SAÚDE (CF, ARTS. 6º, 196 E 197) – A QUESTÃO DAS “ESCOLHAS TRÁGICAS” – A COLMATAÇÃO DE OMISSÕES INCONSTITUCIONAIS COMO NECESSIDADE INSTITUCIONAL FUNDADA EM COMPORTAMENTO AFIRMATIVO DOS JUÍZES E TRIBUNAIS E DE QUE RESULTA UMA POSITIVA CRIAÇÃO JURISPRUDENCIAL DO DIREITO – CONTROLE JURISDICIONAL DE LEGITIMIDADE DA OMISSÃO DO PODER PÚBLICO: ATIVIDADE DE FISCALIZAÇÃO JUDICIAL QUE SE JUSTIFICA PELA NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DE CERTOS PARÂMETROS CONSTITUCIONAIS (PROIBIÇÃO DE RETROCESSO SOCIAL, PROTEÇÃO AO MÍNIMO EXISTENCIAL, VEDAÇÃO DA PROTEÇÃO INSUFICIENTE E PROIBIÇÃO DE EXCESSO) – DOUTRINA – PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DELINEADAS NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA (RTJ 174/687 – RTJ 175/1212-1213 – RTJ 199/1219-1220) – EXISTÊNCIA, NO CASO EM EXAME, DE RELEVANTE INTERESSE SOCIAL – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. (STF, 2014).

Não há que se confundir com a superação da responsabilidade dos entes públicos em disponibilizar serviço hábil e suficiente ao propósito de diagnóstico, tratamento, procedimentos médicos, estrutura e equipe profissional, tão somente abarca a finitude do orçamento econômico público, conjuntamente à quantificação econômica do arcabouço discricionário da disponibilidade (Bander; Kalil, 2020).

Os autores retro sustentam que a defesa da Reserva do Possível recorre da razoabilidade de condições a dispor do pleito, ou seja, não sendo por decisão judicial, a Administração Pública não pode optar por desistir do interesse público, este indisponível. Contudo, a mera alegação de insuficiência momentânea não poderá servir como “válvula de escape” ao administrador, tendo que determinar lastro probatório específico e suficiente à negação da tutela prestacional requerida, caso em que se manter inerte não é opção.

Outro ponto é a destinação do orçamento previsto para suprir a atividade ou serviço que, agora, se nega. A urgência e relevância de interesse público são determinantes na destinação de recursos públicos, inclusive não podendo ser implementada uma inviabilidade permanente do serviço de saúde a ser prestado. Se, por hora, não detém a disponibilidade recursal necessária, respeitada a eficiência da Administração Pública, deverá conduzir reavaliações no Poder Público para, posteriormente, promovê-lo.

No caso do paciente oncológico, impossível conceber que um cidadão na condição máxima de vulnerabilidade não alcançar a concessão de pleitos essenciais à sua sobrevi-

vência mínima, excetuando-se casos de natureza extraordinária. Assim, surge, por último, o destaque a dualidade presente nas discussões sobre disponibilidade de serviços públicos com o mínimo existencial.

O Princípio do Mínimo Existencial é concebido no ordenamento jurídico pelas jurisprudências pátrias dos Tribunais Superiores na caracterização do implemento das garantias mínimas de subsistência dos (Amaral, 2019). Ocorre que, muito confundido com o mero mínimo de sobrevivência – suficiente para existir fisiologicamente –, o mínimo existencial corrobora com a particularidade de cada caso, uma vez que, consideradas as individualidades humanas, as vocações prestacionais devem denotar a base social do indivíduo (Bander; Kalil, 2020).

O cumprimento de Políticas Públicas é extremamente necessário para acompanhar a desenvoltura judiciária perante os direitos fundamentais. Assim sendo, o STF sedimentou a jurisprudência no sentido de que, a fim de tornar célere o provimento do direito à saúde, é vital a atuação pelo mínimo existencial, consoante entendimento que segue:

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. REPERCUSSÃO GERAL PRESUMIDA. SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE LOCAL. PODER JUDICIÁRIO. DETERMINAÇÃO DE ADOÇÃO DE MEDIDAS PARA A MELHORIA DO SISTEMA. POSSIBILIDADE. PRINCÍPIOS DA SEPARAÇÃO DOS PODERES E DA RESERVA DO POSSÍVEL. VIOLAÇÃO. INOCORRÊNCIA. AGRAVO REGIMENTAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1. A repercussão geral é presumida quando o recurso versar questão cuja repercussão já houver sido reconhecida pelo Tribunal, ou quando impugnar decisão contrária a súmula ou a jurisprudência dominante desta Corte (artigo 323, § 1º, do RISTF). 2. A controvérsia objeto destes autos – possibilidade, ou não, de o Poder Judiciário determinar ao Poder Executivo a adoção de providências administrativas visando a melhoria da qualidade da prestação do serviço de saúde por hospital da rede pública – foi submetida à apreciação do Pleno do Supremo Tribunal Federal na SL 47-AgR, Relator o Ministro Gilmar Mendes, DJ de 30.4.10. 3. Naquele julgamento, esta Corte, ponderando os princípios do “mínimo existencial” e da “reserva do possível”, decidiu que, em se tratando de direito à saúde, a intervenção judicial é possível em hipóteses como a dos autos, nas quais o Poder Judiciário não está inovando na ordem jurídica, mas apenas determinando que o Poder Executivo cumpra políticas públicas previamente estabelecidas. 4. Agravo regimental a que se nega provimento. (STF, 2013).

Entendendo as especificidades concretas, a atuação do mínimo existencial tenderá a abarcar, para além dos principais direitos sociais presentes no, já comentado, art. 6º da CF/88, o assistencialismo social, a estabilidade financeira básica e os meios informativos imperiosos, principalmente quando posto em conta a vulnerabilidade do enfermo oncológico.

Quanto inferior o repasse de verbas dentro do orçamento público voltado ao direito à saúde, menor será a efetividade das medidas empregadas. Por vezes, o sucateamento, a má administração e inação do maquinário público representam o fulcro ao não cumprimento integral de saúde, violando-se direito líquido e certo do jurisdicionado, movimento este que desmembra o mínimo existencial em sua totalidade (Bander; Kalil, 2020).

As normas jurídicas validadas em fundamentos formais estruturados e aplicados de modo lógico ao meio social não deve ter interferência no exercício de uma garantia

positivada, posto que, como dito, se existe é para aplicar.

Não está sendo tratado neste tópico a temática de requerimentos medicamentosos ou de tratamentos alternativos, apenas a disponibilização digna do que está determinado em elencos médicos incorporados em atos normativos de saúde, o que não ensejaria, em um mundo perfeito, qualquer necessidade de demanda litigiosa para a implementação prática do direito. Porém, o Judiciário Brasileiro, nas diversas instâncias, resta anafado de procedimentos ordinários para concessão de garantias básicas inerentes ao direito à saúde do paciente com câncer.

Isso posto, a multiplicidade de teses que visam discorrer sobre as condições de admissibilidade da concessão prestacional de serviços de saúde ao paciente com câncer configurou na ineficácia escancarada da Administração Pública dos Entes Federativos Brasileiros, por conseguinte, estufando a crescente judicialização da saúde relacionada ao câncer em um já moroso Sistema de Justiça.

4 A (IN)EFICÁCIA DA TUTELA ESTATAL NA PRESTAÇÃO HUMANAMENTE DIGNA DO BEM JURÍDICO SAÚDE AO PACIENTE PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA

Conforme discutido, o Estado Democrático de Direito do Brasil é responsabilizado pela regulamentação, fiscalização e controle do efetivo emprego das garantias positivadas nos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, considerando o implemento da tutela institucional das prestações voltadas à saúde, por força, a exemplo, do art. 197 da CRFB/88.

O Estado tem o dever de garantir condições mínimas para que todos possam desfrutar de uma vida digna, incluindo o acesso à saúde adequada e a tratamentos necessários para preservar a vida e a integridade física e mental. Apesar da nítida responsabilidade objetiva da Administração pública no assistencialismo integral dos serviços de saúde, as instrumentalizações judiciais relativas ao portador de neoplasia maligna representa vultuoso montante nos sistemas de justiça no território nacional.

Em caráter de reforço, intera a autora Ana Morozowski (2019), Juíza Federal da 3ª Vara de Curitiba, que os gastos da saúde com decisões judiciais subiram 4600% do ano de 2007 até o ano de 2018, que, isoladamente, constituiu o montante de R\$ 1,3 Bilhão de reais, demonstrando que a tutela estatal tem sido evidentemente ineficiente, além de custosa à Administração Pública.

Com isso em mente, para identificar as lacunas e erros do Estado em relação ao acesso e qualidade do tratamento do câncer é fundamental para compreender as falhas do sistema de saúde e buscar soluções que garantam o atendimento adequado aos pacientes oncológicos.

Para demonstrar tal ingerência, um estudo efetuado pelos autores Vidal, Caboclo e Carvalho (2015) entendeu que a judicialização de demandas, principalmente envolvendo os medicamentos: rituximabe, sunitinibe e cetuximabe, continuavam em crescimento exponencial em face dos entes federativos. Percebe-se, assim, que, para concessão de simples prestação medicamentosa nos serviços de saúde pública, os pacientes oncológicos entrevistados ajuizaram meios externos para serem agraciados.

A fim de esquivar da responsabilização em lide, o acervo defensivo estatal tem reproduzido a alegação de ausência de verba pública suficiente ou estruturação adequada à vocação prestacional oncológica, o usuário vê o seu direito à saúde tolhido cotidianamente perante os atos administrativos omissivos. É justamente esta a situação fática que permite o Poder Judiciário prolatar decisão em prol da proteção à saúde e à vida, intimamente conexos, mantendo, assim, incólume a independência dos poderes, tão somente atuando, quando provocado, para garantir a plenitude dos direitos e garantias fundamentais, consoante se vislumbra dos seguintes julgados do Supremo Tribunal Federal:

AGRAVO INTERNO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. TEMA 793 DA REPERCUSSÃO GERAL. INCIDÊNCIA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO / TRATAMENTO ONCOLÓGICO. ÔNUS SUPOSTADO POR ESTADO-MEMBRO. RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DA UNIÃO PARA FORNECIMENTO DO FÁRMACO PLEITEADO. RESSARCIMENTO DOS VALORES DESPENSI-

DOS PELO ENTE ESTADUAL. 1. No caso dos autos, o Estado de Alagoas foi condenado a fornecer medicamento/tratamento oncológico, que não faz parte do elenco do RENAME. Referida unidade federativa busca o direcionamento da obrigação apenas à União, bem como o ressarcimento por parte do ente federal dos valores já despendidos. 2. No que se refere aos tratamentos oncológicos, conforme a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, esses serão prestados por intermédio das UNACONs e CACONs, instituições habilitadas pelo Ministério da Saúde para tal finalidade, sendo de livre escolha dessas instituições os medicamentos a serem utilizados. 3. Eventuais medicamentos utilizados ou tratamentos disponibilizados por essas unidades de saúde serão custeados com os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, conforme previsto no art. 8º da Portaria 876/2013, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Por esses fundamentos, a União é a responsável por custear o tratamento postulado. 5. Agravo Interno a que se nega provimento. (ARE 1415979 AgR, Relator(a): ALEXANDRE DE MORAES, Primeira Turma, julgado em 20/03/2023, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 23-03-2023 PUBLIC 24-03-2023) (STF, 2023).

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DEVER DO ESTADO. SOLIDARIEDADE ENTRE OS ENTES DA FEDERAÇÃO. ACÓRDÃO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DESTES TRIBUNAL. 1. O fornecimento de tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado e deve ser prestado de forma solidária entre os entes da federação. Precedentes: ARE 772.150/RJ, Rel. Min. Cármen Lúcia, DJe 17/10/2013, RE 716.777-AgR/RS, Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, DJ 16/5/2013, e ARE-AgR 744.223, Rel. Min. Rosa Weber, DJe 11/9/2013. 2. In casu, o acórdão originariamente recorrido assentou: “PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA ONCOLÓGICA NEOPLASIA MALIGNA DE BAÇO PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS DIREITO À VIDA E À SAÚDE NECESSIDADE IMPERIOSA DE SE PRESERVAR, POR RAZÕES DE CARÁTER ÉTICO-JURÍDICO, A INTEGRIDADE DESSE DIREITO ESSENCIAL FORNECIMENTO GRATUITO DE MEIOS INDISPENSÁVEIS AO TRATAMENTO E À PRESERVAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS CARENTES DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) PRECEDENTES (STF) RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO.” 3. Agravo regimental DESPROVIDO. (STF, 2014).

O argumento acima utilizado é sobre a possibilidade da responsabilização solidária dos entes federativos que, alvo da repercussão a seguir expandida, consolidavam um infinito repasse de responsabilidades objetivas, as quais não intentavam o seu cumprimento.

O Supremo Tribunal Federal, no tema de repercussão geral nº 793, relatoria do Ministro Luiz Fux, suscitou fim ao argumento retro, em que, decorrente de compartilharem competência temática, são solidariamente responsáveis nas demandas de prestação dos serviços de saúde, envolvendo gozo pleno desde o diagnóstico aos cuidados paliativos oficializados, no arrimo da tese consagrada: Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.” (STF,

2015).

Noutro fator, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), na extensão de seu artigo 2º, garante um Estado unificado e harmônico, não pensava o legislador em quem iria garantir o direito fundamental à saúde, mas apenas que seria garantido. Nos seus parágrafos, contribui-se ao reforço dos direitos sociais fundamentais, uma vez que estampa o dever institucional de agir por estes.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º 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.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (Brasil, 1990).

Todavia, a prestação figura em semelhança aos labirintos mitológicos da Grécia Antiga. Tal alusão detém pertinência quando observada a demora na realização de exames, medicamentos ou procedimentos de urgência, em que, retirando a imperativa celeridade administrativa, impulsiona o enfermo oncológico no deslinde de um escrutínio padrão de triagens técnicas prévias.

Relembra-se que a vulnerabilidade do paciente com câncer não permite a burocracia de serviços de saúde sejam infundáveis, inclusive não respeitando o estipulador de prazo próprio de 60 (sessenta) dias do art. 2º da Lei n.º 12.732/12, para, ao fim, serem negados os prosseguimentos de concessão. Com efeito, a pendência nas apreciações de autorização não relacionada a tratamento não são detentoras de prazo no SUS.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Brasil, 2012).

No âmago da norma supracitada, o paciente com neoplasia maligna é confirmado da gratuidade dos serviços de saúde, incluídos os exames elucidativos. Desta feita, a crítica deste tópico sobre tal positivação resta incorporada à possibilidade de infinitude nos trâmites administrativos do indivíduo pendente de diagnósticação.

Com efeito, inexistente para qualquer procedimento oncológico não estritamente ligado ao tratamento razoabilidade ou determinação na duração procedimental, em que, simplesmente, se entrega ao burocrático Sistema Único de Saúde uma repercussão de valia sobre gestão, influenciando a tomada de decisão procedimental.

Conforme serão destacadas nos próximos julgados, as premissas comumente levantadas pelos entes estatais sustentam veementemente o Princípio da Reserva do Possível. Tal tese principiológica busca referência à limitação imposta pelo Estado em relação aos recursos disponíveis para atender às demandas sociais, incluindo o acesso à saúde. Segundo

esse princípio, o Estado deve agir dentro de suas possibilidades financeiras e orçamentárias, levando em consideração as demais necessidades da sociedade (Lenza, 2020).

Sarlet e Figueiredo (2007) abordam a reserva do possível em seu estudo sobre o mínimo existencial e o direito à saúde. Os autores destacam que a aplicação desse princípio deve ser feita de forma razoável, considerando os direitos fundamentais e os princípios da dignidade da pessoa humana e da solidariedade social. Eles ressaltam a importância de não utilizar a reserva do possível como um argumento para negar o acesso aos cuidados de saúde indispensáveis.

Nesse contexto, é fundamental discutir a importância da análise caso a caso, levando em consideração a gravidade da doença, a efetividade dos tratamentos disponíveis, a realidade socioeconômica do paciente e a viabilidade financeira do sistema de saúde. A aplicação da reserva do possível não deve se tornar uma barreira injustificada ao acesso à saúde, especialmente em casos de doenças graves como o câncer, em que o tempo e a qualidade do tratamento são fatores determinantes para a sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes.

De acordo com Oliveira e Costa (2011), a reserva do possível não pode ser utilizada como uma justificativa absoluta para negar o acesso a direitos fundamentais, como a saúde. Os autores argumentam que a dignidade da pessoa humana deve ser o parâmetro central na análise da aplicação desse princípio. Nesse sentido, a dignidade não pode ser relegada em detrimento de meras considerações econômicas.

A garantia do mínimo existencial também se relaciona diretamente com a dignidade humana. Sarlet e Figueiredo (2007) afirmam que o mínimo existencial consiste em assegurar condições mínimas para uma vida digna, incluindo acesso à saúde. Essa noção implica que o Estado não pode se eximir de fornecer recursos e políticas necessárias para garantir a sobrevivência e o bem-estar das pessoas.

Noutro norte, os planos de direitos constitucionais individuais e coletivos ao paciente oncológico surgem para possibilitar a sua condição de vida digna, ao qual a imposição da figura estatal é imprescindível para mitigar a degradação social. Porém, os pontos desenvolvidos refletem uma realidade de ineficácia da concretização da Constituição Federal vigente, conforme dita a Min. Cármen Lúcia Antunes Rocha (2001, p. 50): “Não é novo, nem mesmo raro, que constituições traduzam excelentes propostas, mas não sejam capazes de concretizar os projetos dos povos que as formulam”.

Tais atuações se limitam em apenas aferir as condições de uma prestação digna ao jurisdicionado vulnerável, como pode ser percebido na existência de requisitos para a concessão medicamentosa, quais sejam, a incapacidade econômica, registro na ANVISA e indisponibilidade de outro medicamento, consoante posicionamento do Superior Tribunal de Justiça:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. ENTENDIMENTO FIRMADO PELA PRIMEIRA SEÇÃO DO STJ, SOB O RITO DO ART. 1.036 DO CPC/2015. RESP 1.657.156/RJ. RECONHE-

CIMENTO DA IMPRESCINDIBILIDADE DO FÁRMACO PARA ASSEGURAR A SAÚDE DO PACIENTE. APLICAÇÃO DA SÚMULA 7/STJ AFASTADA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. Na origem, trata-se de Ação Civil Pública, ajuizada pelo Ministério Público Federal, objetivando obter o fornecimento do medicamento Sunitinibe 50 mg para tratamento de tumor estromal do trato intestinal. 2. O acórdão do Tribunal de origem, por maioria, reformou a sentença, para julgar improcedente o pedido. 3. O STJ, por ocasião do julgamento do REsp 1.657.156/RJ - integrado mediante Embargos de Declaração -, de relatoria do Ministro Benedito Gonçalves, submetido à sistemática do art. 1.036 do CPC/2015, firmou entendimento de que “a concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência”. Modularam-se os efeitos do aludido Recurso Especial repetitivo, de forma que os requisitos elencados sejam exigidos, de forma cumulativa, somente quanto aos processos distribuídos a partir da data da publicação do acórdão então embargado, em 4.5.2018. 4. O Tribunal de origem, no voto vencido do acórdão recorrido, à luz das provas dos autos, notadamente da perícia judicial, concluiu que ficou comprovada a ineficácia do fármaco fornecido pelo SUS, para o tratamento da doença que acomete a paciente. Segundo o entendimento expendido no referido voto, “da análise das provas produzidas nos autos, especialmente o laudo pericial (evento 44), infere-se que: (1) o(a) autor(a) realiza tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS), no Hospital Erasto Gaertner, estabelecimento cadastrado como CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia); (2) o fármaco possui registro na ANVISA foi prescrito por profissional vinculado a essa unidade, sendo definido pelo Poder Público como competente para indicar a terapia necessária e adequada à moléstia, e (3) houve esgotamento das alternativas de fármacos previstas na lista RENAME e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, não havendo droga similar disponível no SUS que o substitua o fármaco postulado. Extrai-se, ainda, do laudo médico pericial que (a) o medicamento postulado é indispensável, por ser a única linha possível, (b) a não utilização acarretaria perda de oportunidade de melhor resposta, com aceleração da doença e do óbito, e (c) não existem outras medicações disponíveis no SUS para o caso, pois houve esgotamento de eficácia” (grifo no original). 5. Assim, demonstrada a imprescindibilidade do medicamento para a manutenção da saúde da paciente, cabível o fornecimento do fármaco para o tratamento da moléstia que a acomete. 6. Deveras verifica-se, no presente caso, inexistência de aplicação da Súmula 7 do STJ, uma vez que a controvérsia atinente aos requisitos para concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS prescinde do reexame de provas, sendo suficiente a reavaliação de fatos incontroversos explicitados no acórdão recorrido. 7. Agravo Interno não provido. (STJ, 2019).

Outra tese difundida nas defesas dos entes federativos envolvia a dúvida que pairava sobre o Princípio da Separação dos Poderes, em que o Poder Judiciário, por intermédio das determinações administrativas em demandas judiciais para o aperfeiçoamento na prestação do serviço de saúde da rede pública, dependia da apreciação do Supremo Tribunal Federal. No decorrer da jurisprudência, a Corte entendeu que, inexistindo complementação jurídica inovadora, não há violação à separação dos poderes, pois tão é somente implementado o cumprimento das políticas públicas vigentes sobre a temática.

A partir disso, há a necessidade de compreender como expressa há anos o STF

explicitamente com a seguinte transcrição de julgado:

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. REPERCUSSÃO GERAL PRESUMIDA. SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE LOCAL. PODER JUDICIÁRIO. DETERMINAÇÃO DE ADOÇÃO DE MEDIDAS PARA A MELHORIA DO SISTEMA. POSSIBILIDADE. PRINCÍPIOS DA SEPARAÇÃO DOS PODERES E DA RESERVA DO POSSÍVEL. VIOLAÇÃO. INOCORRÊNCIA. AGRAVO REGIMENTAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1. A repercussão geral é presumida quando o recurso versar questão cuja repercussão já houver sido reconhecida pelo Tribunal, ou quando impugnar decisão contrária a súmula ou a jurisprudência dominante desta Corte (artigo 323, § 1º, do RISTF). 2. A controvérsia objeto destes autos – possibilidade, ou não, de o Poder Judiciário determinar ao Poder Executivo a adoção de providências administrativas visando a melhoria da qualidade da prestação do serviço de saúde por hospital da rede pública – foi submetida à apreciação do Pleno do Supremo Tribunal Federal na SL 47-AgR, Relator o Ministro Gilmar Mendes, DJ de 30.4.10. 3. Naquele julgamento, esta Corte, ponderando os princípios do “mínimo existencial” e da “reserva do possível”, decidiu que, em se tratando de direito à saúde, a intervenção judicial é possível em hipóteses como a dos autos, nas quais o Poder Judiciário não está inovando na ordem jurídica, mas apenas determinando que o Poder Executivo cumpra políticas públicas previamente estabelecidas. 4. Agravo regimental a que se nega provimento. (STF, 2013).

Condensando todo o exposto previamente, externa-se que o acesso às terapias oncológicas é sensível aos pacientes, posto que a saúde e a vida estão em risco, restando, frente à falha governamental, a alternativa da judicialização. Porém, quais seriam as consequências negativas de um crescimento exponencial nas demandas ligadas a saúde do enfermo com câncer? Pois bem, explicita-se três: o aumento dos gastos públicos judiciais, da burocracia e morosidade da Administração Pública e da criação de um sistema prestacional secundário à saúde.

Em primeiro lugar, quando ajuizada uma ação, o custoso movimento judicial não só gera ônus em condenação, alocam-se os atores judiciais (juízes, desembargadores, ministros, promotores, defensores públicos, procuradores estatais) a atuarem na demanda litigiosa, o que envolve movimentações processuais, estrutura pública, exames probatórios específicos entre outros.

Nesse compasso, Laffin e Bonacim (2017), conduzindo levantamento analítico sobre a problemática, comprovaram a existência de inúmeros casos em que o custo processual em prover medicamento é superior ao que custaria, em média, a simples concessão, principalmente de medicamentos de fornecimento obrigatório pelo SUS.

Caso fosse empregada uma gestão ativa, suscitar-se-ia que tornar efetivo o cumprimento do direito obrigacional seria mais vantajoso do que aguardar o desfecho em lide judicializada, uma vez que a prestação do serviço público à saúde, além de impactar diretamente o meio social, desprenderiam um montante inferiores dos cofres públicos.

No supramencionado estudo, conclui-se que o valor custeado pela figura estatal nos processos judiciais, até mesmo quando não incluída a efetivação da determinação judicial, ao superarem o custo de aquisição de medicamentos e tratamentos oncológicos, contempla dispêndio financeiro e humano desnecessário, podendo, então, ser efetivado

pelo fornecimento do serviço sem o trâmite judicial, pois este é o mínimo existencial (Laffin; Bonacim, 2017).

Além disso, a pesquisa (Laffin; Bonacim, 2017) enfatizou a compreensão de que, entre o período de 2007 a 2016, a judicialização da saúde cresceu 5689%, aumentando-se, assim, os custos gerais da Administração Pública, concomitantemente à inviabilização do plano governamental e sucateamento do serviço público de saúde.

De forma acessória, a autora Vera Lucia Maria de Albuquerque Barbosa (2020) constitui enfoque na subsidiariedade no direito à saúde do paciente oncológico, uma vez que há a recorrência na judicialização como instrumento para garantir o mínimo existencial, ressaltando, portanto, uma via de assegurar o acesso aos tratamentos necessários para tais pacientes.

Diante disso, é fundamental analisar os limites da reserva do possível quando confrontada com a dignidade humana e o mínimo existencial. Barbosa (2020) destaca, em sua dissertação sobre o direito à saúde do paciente oncológico infantojuvenil, que a aplicação restritiva desse princípio pode comprometer o acesso a tratamentos e cuidados essenciais, colocando em risco a vida e a dignidade desses pacientes.

Santos *et al.* (2014) realizaram uma análise das decisões judiciais referentes ao agravo câncer, verificando os argumentos relacionados ao direito à saúde. O estudo evidenciou a frequente utilização desse recurso jurídico como forma de acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos relacionados ao câncer. Os autores destacam a importância de compreender essas demandas judiciais para aprimorar as políticas públicas de saúde e garantir o direito dos pacientes oncológicos.

Haeberlin, Fraga Jr., Martini (2019, p. 65, local. 16) compreendem conclusão similar ao frisarem que, quando necessária a intervenção garantista do judiciário na prestação de saúde do paciente oncológico, a Administração Pública já é ineficiente e inefetiva, conforme abaixo:

A judicialização serve, pois, como um indicativo de falha no funcionamento da política pública, com consequências no campo jurídico e no campo econômico, demonstrando o afastamento do mandamento de menor entropia. Veja-se que, em se tratando da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a ação retrospectiva consiste no fornecimento do tratamento adequado, onde se incluem os medicamentos necessários à realização de quimioterapia, os quais são disponibilizados a todos que deles necessitam.

Ocorre que, além do acréscimo no volume processual no ordenamento jurídico, fora fomentada a criação de um sistema não isonômico de saúde. Isso porque somente os usuários que detenham o conhecimento informativo de seus direitos e acesso à justiça ingressam com demandas voltadas à judicialização, subsequentemente, transformando em um sistema de discrepâncias, em que privaria seletivamente o restante dos pacientes de um acompanhamento à saúde digno.

É válido considerar, ainda, que não é comum a observação de campanhas de conscientização relacionadas ao câncer nos meios midiáticos e nos informativos governamentais,

seja na contagem dos afetados ou no crescimento das lacerações na comunidade social, impulsionando um desconhecimento generalizado dos direitos básicos (Batista; Szklo, 2023).

Na percepção de Santos *et al.* (2014), ao analisarem as decisões judiciais referentes ao agravo câncer, os autores identificaram que a falta de informação adequada sobre os tratamentos disponíveis foi uma das principais justificativas para o ajuizamento das ações. A ausência de conhecimento, por parte dos pacientes e seus familiares, sobre as alternativas terapêuticas disponíveis pode levar à busca desesperada por soluções, inclusive pela via judicial.

A conscientização da população e a educação em saúde são fundamentais para que os indivíduos estejam capacitados a tomar decisões informadas sobre sua saúde e busquem precocemente os cuidados necessários. Além disso, é dever do Estado promover políticas públicas de saúde que visem à disseminação de informações confiáveis, por meio de campanhas educativas e programas de prevenção.

O direito a ser informado é dever de agir objetivo da máquina estatal, com arrimo no inciso XIV do artigo 5º da CRFB/88, assim, quando não prestado, inibe o acesso à saúde, direito positivado no dorso regular do direito. Assim, tal conduta omissiva de descumprimento, inércia ou negligência poderá a vir ser configurado em dano indenizatório, conforme disciplina Matheus Carvalho (2020, p. 666): “A omissão do Estado no dever de prestação do serviço público, seja de forma direta ou indireta, configura abuso de poder”.

Com efeito, faz-se mister que o Estado adote medidas efetivas para suprir essa lacuna, promovendo a educação em saúde, a conscientização da população e a divulgação de informações sobre o câncer e seus tratamentos. Essas ações devem envolver a participação de profissionais de saúde, instituições governamentais, organizações não governamentais e a sociedade como um todo, visando à construção de uma cultura de prevenção, detecção precoce e acesso adequado aos cuidados oncológicos.

Dito isso, há de se invocar que a universalidade da prestação dos serviços de saúde deve ser respeitada como forma universal de base ao meio social brasileiro, tornando, portanto, conexo ao Princípio da Dignidade do Ser Humano e à vida.

Por conseguinte, é vital que sejam encontradas soluções que mitiguem contexto judicializador da saúde do paciente com câncer, garantindo acesso equitativo e eficiente aos diagnósticos, medicamentos, tratamentos e exames periódicos, a fim de não comprometer a gestão do sistema de saúde e respeitar o mínimo existencial do cidadão.

Dessa forma, a compreensão da judicialização da saúde no contexto do câncer, por meio da análise de estudos como os citados, é de suma importância para alcançar os objetivos deste trabalho. Ao examinar as ações judiciais, as controvérsias em torno do acesso aos tratamentos, à informação e à visão dos diversos atores envolvidos, busca-se identificar os impactos desse fenômeno na garantia do direito à saúde dos pacientes oncológicos e propor caminhos para conciliar a busca pela efetividade dos tratamentos com

a sustentabilidade do sistema de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença que detém elevados parâmetros de incidência e mortalidade no contexto nacional, que, embora manifestos avanços no reconhecimento e ampliação dos direitos fundamentais constitucionais, especificamente o Direito à Saúde, na incorporação do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, na relativização do embate entre mínimo existencial e incremento de Políticas Públicas, resistem ainda ao esforço institucional.

A partir do diagnóstico da enfermidade oncológica, inicia-se uma imediata trajetória de vulnerabilidade do paciente em busca dos seus meios de tratamento. Assim, o desamparo e a melancolia destinam o acometido dificultosa encruzilhada, em que, quando precocemente identificada, viabiliza a esperança.

Torna-se evidente, portanto, que o indivíduo detentor de informação útil à vocação prestacional de sua doença inicia os trâmites administrativos com maiores chances de sucesso nos exames de constatação, no diagnóstico prévio e no tratamento adequado.

Destaca-se que a temática deste trabalho de conclusão de curso versa, em suma, sobre a análise do direito à saúde à luz do Princípio da Dignidade Humana da realidade do paciente oncológico, logicamente existindo numerosas discussões, uma vez que a atuação estatal pode limitar o gozo pleno do direito fundamental.

No discorrer dos tópicos, entende-se, de forma mais clara, o que vivência o portador de neoplasia maligna, inclusive na seara interna e familiar, os quais combatem, além da própria doença, a estigmatização em suas relações sociais. Considera-se que a subsistência, nas distintas formas de representação, é interligada diretamente ao choque emocional e fisiológico vivido a partir do diagnóstico.

A partir do século XX, a Administração Pública do país passou a considerar a problemática como realmente uma crise de saúde pública, de forma a consolidar importantes avanços normativos no ato de assegurar o direito à saúde e à vida, dignamente, ao paciente com câncer. Ainda que tardio, o avanço institucional é importante para iniciar a conscientização do contingente populacional brasileiro de que a neoplasia maligna deveria ser efetivamente combatida, assim, consolidadas por Políticas Públicas assertivas.

Desse modo, surge o destaque à saúde como direito fundamental garantido aos cidadãos e de responsabilidade objetiva dos entes federativos que compõem o Estado, o qual assume postura de administrador dos entraves e incentivos contrários ao câncer.

O Direito à Saúde e o Direito à Vida, em uma perspectiva de direito adquirido, compõe facetas em suas construções básicas, as quais vingam três pontos característicos. Primordialmente, a abstração da norma é nítida, ao passo que envolve a não dependência estratificada e categorizada do seguimento normativo, permitindo, pois, fluidez da sua adaptabilidade à necessidade que vigora na situação acompanhada, em continuidade de aplicação aos casos subsequentes (Lenza, 2020).

Nesta senda, atrelou-se à evolução histórica dos serviços de saúde sistemados de

forma a intentarem o caráter isonômico, universal e integralizado em regiões, os quais, somados à proteção da saúde digna, exibem a linha de frente no combate pela vida.

Noutro ponto, o universalismo é apresentado como a extensão da condição do direito aos que se enquadram no vigor do ordenamento, ou seja, em percepção (inter)nacional, o ser humano detém a força de ser garantido. Em último ponto, esse direito, humano e constitucional, possui o caráter de ser basilar, em que é a estrutura central da formatação de outros direitos os seguem como ramificações (Lenza, 2020).

Comunicou-se sobre a importância do implemento dos direitos fundamentais, ainda que limitados pela Reserva do Possível, princípio esse que garante a sustentabilidade das prestações públicas ao coletivo, principalmente no respeito à limitação orçamentária.

Em contrapeso, concretizou-se a figura do mínimo existencial à convivência social, mais do que tão somente condições de sobrevivência, tratando de consolidação jurisprudencial imperativa para a preconização de um tratamento contínuo.

Observa-se, portanto, que a aplicação efetiva das normas é dever de agir da Administração Pública que, com grande peso, trata sobre a saúde e a vida de cidadãos precariamente. Há de ser coerente em relação aos avanços mencionados, contudo, inexistente a satisfação quando a judicialização da saúde ainda é necessária para que sejam cumpridos os ditames pilares da CF/88.

Tal crescente nas demandas litigiosas, sobretudo em relação ao paciente oncológico, o atestado de ingerência dos recursos públicos. Ocorre que essa estratégia de gestão ocasiona a dupla penalização do Estado, em que a primeira decorre dos custos processuais, superando, por vezes, o custo do próprio serviço não concedido, e da determinação judicial condenatória.

Reflete-se, portanto, que o Sistema Judiciário deve implementar medidas de amplitude social aos serviços prestacionais de saúde à totalidade dos pacientes com neoplasia maligna, dado que, adentrando uma sociedade heterogênea, alguns contingentes populacionais sequer serão possibilitados de conhecer do direito ou de obter o acesso à justiça.

Ora, as políticas públicas, por norma, são estratégias de grande valia na melhoria da qualidade de vida dos portadores de neoplasia maligna. Todavia, a acessibilidade à informação ainda é um ponto de omissão institucional que mesmo o advento da *internet* não configurou suficiência.

Nada obstante ao avanço médico e institucional das medidas combativas ao câncer, a realidade fática, muitas vezes, é árdua em um ciclo omisso estatizado. Ainda que consideradas as políticas públicas esquematizadas, a carência de informação e implementação dos direitos do paciente oncológico configuram em expressa afronta ao Direito à Saúde.

O presente trabalho identificou que a jurisprudência caminha em um sentido positivo de responsabilização dos entes federativos, uma vez que muito se aduzia sobre quem seria isento e quem seria responsável, ao invés de tão somente empregarem esforços concordes com enfoque na solução deste problema emblemático, não mais se esquivando de

seu dever.

Outro resultado satisfatório foi relativo à sedimentação do ordenamento jurídico vigente e do judiciário brasileiro em garantir prestações proeminentes ao direito à vida e à saúde com dignidade. Consequentemente, a negligência do Estado não deve contaminar o único meio, externo à administração, de assegurar, posterior as tentativas administrativas, diagnóstico, tratamento e medicação do paciente com câncer.

Concomitantemente, a relevância da temática é consolidada na importância social da discussão, uma vez que o assunto servirá a conscientizar e informar os pacientes oncológicos da real situação vivenciada em contexto nacional, pondo em cheque a vida e a saúde em dignidade, contribuindo ao meio acadêmico para ser uma linha argumentativa de debate em outros trabalhos.

Ao discutir a tutela estatal e o mínimo existencial no direito à saúde e à vida do paciente oncológico, buscou-se compreender a relevância da garantia de condições mínimas para sua sobrevivência digna, bem como a necessidade de políticas públicas efetivas e do fortalecimento do acesso ao sistema judiciário quando essas políticas não são suficientes.

A compreensão do conceito de reserva do possível e sua aplicação em casos de saúde é relevante para alcançar os objetivos deste trabalho. Ao analisar essa questão, buscamos refletir sobre os desafios enfrentados pelos pacientes oncológicos no acesso aos recursos necessários para o tratamento, bem como a importância de considerar os princípios fundamentais do direito à saúde, como a dignidade da pessoa humana, para garantir uma abordagem justa e equilibrada.

Ademais, a postura de dever possibilitar o suporte necessário ao contingente populacional brasileiro assegurando sua dignidade deveria ser a figura central da busca pelo funcionamento dentro do ordenamento administrativo brasileiro, em que viabiliza a importância da temática a ser desmembrada neste projeto, sendo significativo ao meio acadêmico pela escassez de produção científica a respeito dessa trincheira assertiva.

Tais perspectivas merecem uma abordagem que abarque toda a complexidade do tema, tendo em vista, ainda que concorra inerente naturalidade sensível das noções sobre câncer, encadeando na importância de democratizar o informativo acadêmico da pesquisa científica sobre a neoplasia maligna e o direito à saúde.

De mesmo modo, importante a discussão sobre a judicialização do meio de saúde do paciente oncológico para compreender que o estado atual de inação compromete o caráter universal do sistema de saúde. Não é fácil, mas maiores destinações de recursos vinculados ao tratamento do enfermo oncológico, campanhas públicas de conscientização e sistemas com maior acessibilidade e transparência na destinação de verbas fomentariam, ou ao menos facilitariam, o acesso equitativo à saúde

Ante o exposto, apesar das problemáticas traçadas acima, conclui-se que a confirmação do direito à saúde como prerrogativa de dignidade humana primária dos enfermos oncológicos, assumida na norma positivada e nos entendimentos jurisprudenciais, repre-

sentou grande marco no combate ao câncer, sendo, então, alcançado o objetivo principal desta monografia.

No entanto, não há que se falar em caráter terminativo do assunto. A intenção de ampliar a escrita e a análise bibliográfica sobre a temática é vigente, em verdade, buscou-se trazer tal discussão à baila, a fim de futuramente prosseguir com a confecção acadêmica em questão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O que é saúde? [livro eletrônico] - Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2011 (Coleção Temas em Saúde) p .132.

AMARAL, Tarsila Costa do. Direito à saúde: Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 123–132, 2019. DOI: 10.17566/ciads.v8i2.530. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/530>. Acesso em: 16 jul. 2023.

BANDER, Renata; KALIL, Gilberto. EMBATE ENTRE OS PRINCÍPIOS DO MÍNIMO EXISTENCIAL E DA RESERVA DO POSSÍVEL: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE. Revista (Essência) Jurídica, v.3, n.1, 2020. Disponível em: <https://revista.unifcv.edu.br/index.php/revistadireito/article/view/280>. Acesso em: 2 jul. 2023.

BARBOSA, Veralucia Maria de Albuquerque. O direito à saúde do paciente oncológico infantojuvenil e a judicialização como instrumento de efetivação do mínimo existencial. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39397>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BATISTA, Fernanda Guedim; SZKLO, André Salem. As informações sobre os direitos sociais estão acessíveis aos pacientes oncológicos? Cadernos de Saúde Pública, 2023, 39(9). Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2023.v39n9/e00096023/pt>. Acesso: 20 jul. 2023.

BOTTINO, Sara Mota Borges; FRÁGUAS, Renério; GATTAZ, Wagner Farid. Depressão e câncer. Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo), 36, p. 109–115. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/WxFGJRbsLscsJ8bxB4vjwNc/#>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. [Constituição Federal (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 fev. 2023.

BRASIL. Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília [DF], Diário Oficial da União, 23 de novembro de 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRASIL. Lei n.º 8080, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 fev. 2023.

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). Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 09 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, n. 76, 9 dez. 2005a. Seção 1, p. 80-81. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html. Acesso em: 29 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 741/GM, de 19 de dezembro de 2005, com Anexos: Definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, dez. 23 2005b. Seção 1, p. 113. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em: 29 jun. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Primeira Seção). Tema Repetitivo n.º 106. Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. Relator: Min. Benedito Gonçalves, 21 de setembro de 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106. Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Segunda Turma). Agravo Interno no Recurso Especial 1794207/Paraná. Agravante: União. Agravado: Ministério Público Federal. Relator: Min. Herman Benjamin, 26 de novembro de 2019. Disponível: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201900331699&dt_publicacao=19/12/2019. Acesso em: 27 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Primeira Turma). Ag. Reg. no Recurso Extraordinário 642.536/Amapá. Agravante: Estado do Amapá. Agravado: Ministério Público do Estado do Amapá. Relator: Min. Luiz Fux, 05 de fevereiro de 2013. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3442753>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Primeira Turma). Ag. Reg. no Recurso Extraordinário 717.290/Rio Grande do Sul. Agravante: União. Agravado: Alvaro Luiz Silveira Saideles. Relator: Min. Luiz Fux, 18 de março de 2014. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=5595657>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Primeira Turma). Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 642536/Amapá. Agravante: Estado do Amapá. Agravado: Ministério Público do Estado do Amapá. Relator: Min. Luiz Fux, 05 de fevereiro de 2013. Disponível: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur225226/false>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Primeira Turma). ARE 1415979 AgR/Alagoas. Agravante: União. Agravado: Estado de Alagoas. Relator: Min. Alexandre de Moraes, 20 de março de 2023 (DJe-s/n, Divulgado em 23/03/2023 e Publicado em 24/03/2023). Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur476459/false>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Segunda Turma). Ag. Reg. no Recurso Extraordinário com Agravo 745.745/Minas Gerais. Agravante: Município de Belo Horizonte. Agravado: Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Relator: Min. Celso de Mello, 02 de dezembro de 2014. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=7516923>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: Min. Luiz Fux. 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/ GM, 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). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132. Disponível em: https://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 29 jun. 2023.

BULOS, Uadi Lammêgo. Curso de Direito Constitucional - 15ª Edição, 2022. Edição em Português. Editora Saraiva Jur, p. 1760.

CARVALHO, Matheus. Manual de direito administrativo/ Matheus Carvalho – 7.ed. ver. ampl. e atual. – Salvador: JusPODIVM, 2020.

CONFORTIN, Susana Cararo; ANDRADE, Selma Regina de; DRAEGER, Viviana Mariá; MENECHINI, Vandrize; SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola; BARBOSA, Aline Rodrigues. Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, 2019; 72 (6): p. 1588-1594. Disponível em: <http://www.scielo.br/rbde>

ps://www.scielo.br/j/reben/a/pC5JqRkdG6ZQ9xHjGzQkhSf/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 21 jun. 2023.

DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Silvia Badim; CIARLINI, Álvaro. Judicialização das políticas de saúde no Brasil. In: ALVES, Sandra Mara Campos; ____; DINO NETO, Nicolao (org.). Direito sanitário em perspectiva. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União; Fiocruz Brasília, 2013. v. 2. p. 185-221. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43085>. Acesso em: 30 jun. 2023.

FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. Pensando fam., Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2023.

FEITOSA, Tereza Maria Piccinini; ALMEIDA, Rosimary Terezinha de. Perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais, Brasil, em 2002. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 4, 2007. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3177>. Acesso em: 15 jun. 2023.

FORMIGOSA, Lucrecia Aline Cabral; DA SILVA, Marcos Valério Santos. Políticas Públicas de Saúde voltadas ao Câncer de Colo de Útero no Brasil: revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 5, p. e7165, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7165>. Acesso em: 30 jun. 2023.

GADELHA, Carlos Augusto Graboys; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6), 1891–1902, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vBqrtdjpbqDjh9ZBTycxyrj/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jun. 2023.

GOMES, Lucas Victor de Carvalho. Violações no direito à saúde de pacientes oncológicos na Paraíba: o projeto ERO como um meio de cumprimento da máxima efetividade da norma constitucional. 2022. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/24106?locale=pt_BR. Acesso em: 20 jun. 2023.

GOMES, Thays Karla Seabra. O direito social à saúde e dignidade da pessoa humana: um olhar voltado aos pacientes com neoplasia maligna. 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/16490?locale=pt_BR. Acesso em: 25 jun. 2023.

GUIMARÃES, Bianca Augusto. Direito à saúde: uma perspectiva jurídica na luta contra o câncer. 2021. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2587>. Acesso em: 10 ago. 2023.

HAEBERLIN, Martín; FRAGA JR., John de Lima; MARTINI, Sandra Regina. POLÍTICAS PÚBLICAS, ENTROPIA E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA A OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS: O EXEMPLO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Revista de Direito Brasileira*, [S.l.], v. 24, n. 9, p. 50-67, dez. 2019. ISSN 2358-1352. Disponível em: <<https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/6082>>. Acesso em: 26 jul. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro : INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2023.

LAFFIN, N. H. F.; BONACIM, C. A. G. CUSTOS DA SAÚDE: JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS OFERTADOS PELO SUS. *Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC*, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4312>. Acesso em: 20 out. 2023.

LENZA, Pedro. *Direito Constitucional Esquematizado* / Pedro Lenza – Coleção Esquematizado / Coordenador Pedro Lenza – 24. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. 1608 p.

MENDES, Ernani Costa Mendes; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate* (Rio de Janeiro), v. 39, n. 106, p. 881-892, jul.- set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NzsfPpNHtw6kQg8wqpH39Sr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2023.

MENEZES, Natália Nogueira Teixeira de; SCHULZ, Vera Lucia; PERES, Rodrigo Sanches. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estudos de Psicologia* (Natal), v. 17, p. 233-240, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/zxnPftpPJTbnrZYB3gTyfGc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MOROZOWSKI, Ana. Judicialização da saúde – Valor Econômico. Portal TRF - 2, Comissão de Saúde CNJ/RJ (*on-line*). 2019. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/judicializacao-da-saude-valor-economico-12619/>. Acesso em: 5 jul. 2023.

MUKHERJEE, Siddhartha. O imperador de todos os males: uma biografia do câncer / Siddhartha Mukherjee ; tradução Berilo Vargas. — 1a ed. — São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

NARDELLO, Patrícia Brusamarello. O acesso à justiça para grupos vulneráveis submetidos a cuidados paliativos: perspectivas a partir da experiência do projeto Direito Cuidativo. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <https://guaiaca.ufpel.edu.br/handle/prefix/7710>. Acesso em: 24 jun. 2023.

OLIVEIRA, Kátia Cristine Santos de; COSTA, Jamille Coutinho. Direito à saúde: da (in) efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial. *Revista de Direito Brasileira*, v. 1, n. 1, p. 77-99, 2011. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2678>. Acesso em: 14 jul. 2023.

ONU - Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU. Genebra: OMS, 2002. Disponível em : <https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2023.

OPPERMANN, Christina Pimentel; AZAMBUJA, Alan Arrieira; FISCHER, Carlos Alberto Cabeda. Entendendo o câncer. São Paulo: Artmed Editora Ltda. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Câncer - Folha Informativa. Outubro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em: 21 jun. 2023.

ROCHA, Arigelza dos Santos.; NASCIMENTO, Raimunda Sotero do; ALMEIDA, Alexsandro Barreto. A indústria farmacêutica e o interesse capitalista em tratamento de tumores cancerígenos. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, [S. l.], v. 1, n. Esp 2, p. 237–246, 2018. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/85>. Acesso em: 23 jun. 2023.

ROCHA, Cármem Lúcia Antunes. O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A EXCLUSÃO SOCIAL. *Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*, [S.l.], n. 2, p. 49-67, dez. 2001. ISSN 1677-1419. Disponível em: <<https://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/29>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SALES, Órcelia Pereira; VIEIRA, Anderson Fernando Barroso; MARTINS, Antonio Marques; GARCIA, Leandro Guimarães; FERREIRA, Ruhena Kelber Abrão. O Sistema único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Revista Humanidades e Inovação* v.6, n.17 – 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseiinovacao/article/view/1045>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SALVETTI, Marina de Góes; MACHADO, Caroline Silva Pereira; DONATO, Suzana Cristina Teixeira; SILVA, Adriana Marques da. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73 (2): p. 01-07. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CKvXckgSny69h9v5g7p4TRm/abstract/?lang=pt>.
em: 22 jun. 2023.

SANCHES, Taís Tovani; SILVEIRA-SIQUEIRA, Thaliany; PAPP-MORETTI, Cristina; PALONE, Marcos Roberto Tovani; HISHINUMA, Gilberto. Evolução do sistema público de saúde no Brasil frente ao estágio atual da prevenção do câncer de colo uterino em mulheres jovens e adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, v. 65, n. 1, p. 115-120, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317574891_Evolucao_do_sistema_publico_de_saude_no_Brasil_frente_ao_estagio_atual_da_prevencao_do_cancer_de_colo_uterino_em_mulheres_jovens_e_adolescentes. Acesso: 27 jun. 2023.

SANTOS, Robson Nogueira Costa; BELATTO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; ALMEIDA, Karla Beatriz Barros de. Decisões judiciais referentes ao agravo câncer: análise dos argumentos do direito à saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 394-400, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/24577>. Acesso em: 24 jul. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*, v. 1, n. 1, p. 171-213, 2007. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso em: 14 jul. 2023.

SILVA, Mario Jorge Sobreira da; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; O'DWYER, Gisele; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 63, n. 3, p. 177-187, 2019. Disponível: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/133>. Acesso em: 28 jun. 2023.

STURZA, Janaína Machado; ROSA, Andréia Cristina da. LIMITES E POSSIBILIDADES PARA ASSEGURAR O DIREITO À SAÚDE AO PACIENTE ONCOLÓGICO: ESTUDO DE CASO ACERCA DAS DECISÕES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Revista Direito em Debate*, v. 22, n. 39, p. 41-59, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/zxnPftpJTbnrZYB3gTyfGc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jun. 2023.

TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva; PORTO, Marco Antônio Teixeira; HABIB, Paula Arantes Botelho Briglia. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23906>. Acesso em: 28 jun. 2023.

TESTON, Elen Ferraz; FUKUMORI, Eunira Francisca Carvalho; BENEDETTI, Gabriela Michel dos Santos; SPIGOLON, Dandara Novakowski; COSTA, Maria Antônia Ramos; MARCON, Sonia Silva. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. *Escola Anna Nery* [online]. 2018, v. 22, n.

4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

VIDAL, Thais Jeronimo; CABOCLO, Roberta Mello Ferreira; CARVALHO, Priscila Guedes de. JUDICIALIZAÇÃO EM ONCOLOGIA: UMA ANÁLISE DOS PROCESSOS JUDICIAIS QUE TIVERAM PARECERES TÉCNICOS EMITIDOS PELO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2013. Fiocruz Brasília, Pesquisasus - 1^o encontro científico de pesquisas aplicadas às políticas públicas em saúde. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39530>. Acesso em: 6 jul. 2023.

VIEIRA, Débora Braga; GAMARRA, Lionel Fernel. Avanços na utilização de nanocarreadores no tratamento e no diagnóstico de câncer. Einstein (São Paulo), v. 14, p. 99-103, mar. 2016. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/avancos-na-utilizacao-de-nanocarreadores-no-tratamento-e-no-diagnostico-de-cancer/>. Acesso em: 15 jun. 2023.