



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – DCJ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

LUCIANA DA SILVA MENDONÇA

AS DIFICULDADES QUE OS PACIENTES ONCOLÓGICOS ENFRENTAM
PELA DISFUNÇÃO BUROCRÁTICA DO ESTADO

SANTA RITA – PB
2024

LUCIANA DA SILVA MENDONÇA

**AS DIFICULDADES QUE OS PACIENTES ONCOLÓGICOS ENFRENTAM
PELA DISFUNÇÃO BUROCRÁTICA DO ESTADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, unidade Santa Rita, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharela em Ciências Jurídicas.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Paula Correia De Albuquerque da Costa.

**SANTA RITA – PB
2024**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M539d Mendonça, Luciana da Silva.

As dificuldades que os pacientes oncológicos
enfrentam pela disfunção burocrática do Estado /
Luciana da Silva Mendonça. - Santa Rita, 2024.
55 f.

Orientação: Ana Paula Correia de A. da Costa.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ.

1. Câncer. 2. Pacientes oncológicos. 3. Burocracia
estatal. 4. Acesso aos cuidados de saúde. 5. Disfunção
burocrática. I. Costa, Ana Paula Correia de Albuquerque
da. II. Título.

UFPB/DCJ/CCJ-SANTARITA

CDU 34



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DIREÇÃO DO CENTRO
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

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

Ao trigésimo dia do mês de Abril do ano de dois mil e vinte quatro, realizou-se a sessão de Defesa Pública do Trabalho de Conclusão do Curso de Direito intitulado “As dificuldades que os pacientes oncológicos enfrentam pela disfunção burocrática do estado”, sob orientação do(a) professor(a) Ana Paula Correia de Albuquerque da 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) Luciana da Silva Mendonca com base na média final de 100 (100). Após aprovada por todos os presentes, esta ata segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Ana Paula Correia de Albuquerque da Costa

Igor de Lucena Mascarenhas

Heloisa Helena Pinho Veloso

José Manuel Peixoto Caldas

Dedico este trabalho a todos que, acometidos por alguma enfermidade, buscam nas leis uma forma de desburocratizar o acesso à saúde como única e última alternativa para a garantia do direito de viver.

À minha família, amigos e aqueles que me acompanharam nesta jornada que caminhei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por não aplicar taxas de atraso às minhas preces noturnas, por acreditar no potencial do meu projeto mais do que eu e por ter me guiado em todos os momentos até aqui.

Agradeço a minha mãe, Josefa Lima da Silva, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Obrigada meus irmãos e padrasto, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

Aos meus colegas de turma, que se ajudavam sempre que fosse preciso, em especial ao meu amigo Kleciano Rodrigues, minha dupla e apoio em toda trajetória acadêmica.

Quero também agradecer e enfatizar o local que me recebeu como uma filha, uma jovem em seu primeiro estágio, um aprendizado de vida pessoal e acadêmica, PBPrev (Paraíba Previdência).

Ao escritório Carneiro e Macêdo, local que me fez viver o cotidiano de um advogado, além de me fazer sentir cada vez mais “humana” com os processos diários e atendimento ao público.

A Suplan (Superintendência de Obras do Plano de Desenvolvimento do Estado), lugar que agradeço por cada minuto vivido, mais um estágio que mudou minha maneira de ver a vida, tratada como uma princesa pela querida “Gilkinha”, minha chefe.

Pela oportunidade, mesmo que por pouco tempo, ao Ministério Público da Paraíba, onde pude aprender e me apaixonar pela matéria de Direito Penal Militar.

A oportunidade de ter passado em um dos estágios mais bem vistos e difíceis, Procuradoria Geral do Município de João Pessoa, do qual logrei mérito, com a aprovação em 7º lugar, pude aprender um pouco sobre licitação e conheci pessoas maravilhosas.

Por fim, agradeço a Secretaria de Administração do Estado, em especial ao meu Chefe, André, por toda paciência e empatia comigo.

A minha orientadora, a Dr^a Ana Paula C. De Albuquerque da Costa, pelo

empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Agradeço aos professores que me acompanharam ao longo do curso e que, com empenho, se dedicam à arte de ensinar.

E a todos que, direta ou indiretamente fizeram parte da conclusão do curso e começo de uma nova carreira.

Chegar até aqui não foi fácil, várias abdicações, luta, choro, desespero... mas, no fim, esperança.

Luciana da Silva Mendonça

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as dificuldades enfrentadas pelos pacientes oncológicos devido à disfunção burocrática do estado. Com isso, ao longo da história, observamos a gradual construção do direito à saúde em diversas partes do mundo, especialmente através do reconhecimento dos direitos sociais e sua consagração normativa no Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma relevante política pública destinada a assegurar o acesso universal e igualitário. O trabalho traz à tona a problematização acerca da separação dos poderes como uma limitação desarmônica e sobre a atribuição que cada ente tem sobre a matéria de saúde. Além disso, o trabalho enfatiza um breve conceito histórico sobre burocratização, as críticas que perpetuam sobre o tema e o excesso que a burocracia pode causar, já que a palavra é amplamente associada a uma conotação negativa, sugerindo ineficiência, excesso de formalismo e criação de metodologias desnecessárias dentro da Administração Pública. Também será relatado um pouco sobre os desafios enfrentados pela disfunção burocrática do estado e o que isso acarreta na vida do paciente com câncer e ao sistema de saúde. O trabalho foi desenvolvido a partir do método dedutivo, partindo de ideias e conceitos gerais, para específicos. Ademais, foi realizada pesquisa bibliográfica, por meio da coleta de informações em artigos científicos, livros, dissertações e teses sobre a temática proposta, além da pesquisa em documentos jurídicos como legislações e resoluções. Por fim, o trabalho concluiu que a burocratização é necessária, mas a disfunção dela é um problema à efetivação do direito social à saúde aos pacientes oncológicos.

Palavras-chave: câncer, pacientes oncológicos, burocracia estatal, acesso aos cuidados de saúde, disfunção burocrática.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the difficulties faced by oncological patients due to the bureaucratic dysfunction of the state. Thus, throughout history, we have observed the gradual construction of the right to health in various parts of the world, especially through the recognition of social rights and their normative consolidation in Brazil, starting with the promulgation of the Federal Constitution of 1988. In this context, the creation of the Unified Health System (SUS) stands out as a relevant public policy aimed at ensuring universal and equitable access. The study raises questions about the separation of powers as a dissonant limitation and the jurisdiction each entity has over health matters. Additionally, it emphasizes a brief historical concept of bureaucratization, the criticisms perpetuated on the subject, and the excesses that bureaucracy can cause, as the word is widely associated with a negative connotation, suggesting inefficiency, excessive formalism, and the creation of unnecessary methodologies within Public Administration. It also discusses the challenges faced by the bureaucratic dysfunction of the state and its implications for the lives of cancer patients and the healthcare system. The study was developed using the deductive method, starting from general ideas and concepts to specific ones. Furthermore, bibliographic research was conducted by collecting information from scientific articles, books, dissertations, and theses on the proposed topic, as well as research on legal documents such as legislation and resolutions. Finally, the study concluded that while bureaucratization is necessary, its dysfunction poses a problem for the effective realization of the social right to health for oncological patients.

Key-words: cancer, oncology patients, state bureaucracy, access to healthcare, bureaucratic dysfunction.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. BREVE CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE.....	12
2.1 ANTECEDENTES DO CONSTITUCIONALISMO SOCIAL BRASILEIRO.....	12
2.2 A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS DIREITOS SOCIAIS ENQUANTO INSTRUMENTOS DE PROTEÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA.	14
3. PERSPECTIVAS DO DIREITO BRASILEIRO A PARTIR DO CONCEITO AMPLO DA SAÚDE.....	18
3.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	18
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENQUANTO MECANISMO DE PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	21
4. A PRESTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE SOB A ÓPTICA DOS TRÊS PODERES DA REPÚBLICA.....	27
4.1 A SEPARAÇÃO DOS PODERES: UMA LIMITAÇÃO DESARMÔNICA.	27
4.2 DAS ATRIBUIÇÕES DO LEGISLATIVO, EXECUTIVO E JUDICIÁRIO EM MATÉRIA DE SAÚDE	28
5. BUROCRATIZAÇÃO.	33
5.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA BUROCRACIA.....	33
5.2 CRÍTICAS À BUROCRACIA	36
6. DISFUNÇÃO BUROCRÁTICA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM RELAÇÃO AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PACIENTES ONCÓLOGICOS.....	38
6.1 DESAFIOS ESPECÍFICOS E SUAS IMPLICAÇÕES.....	38
6.2 O EXCESSO DE BUROCRACIA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA.....	39
6.3 DIFICULDADES VIVENCIADAS FRENTE AO CÂNCER.....	40
6.4 DIFICULDADES FRENTE AO SISTEMA DE SAÚDE.....	43
6.5 POSSÍVEIS SOLUÇÕES.....	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
8. REFERÊNCIAS.....	52

1. INTRODUÇÃO

A obtenção de direitos sociais em relação ao Estado ocorreu durante um período em que a vontade absoluta do monarca era privilegiada em detrimento do povo. Por volta do século XVIII, em uma época em que a vontade popular não tinha voz, buscou-se limitar a atuação do Estado, reduzindo-a ao mínimo para não interferir no comércio e na vida privada dos cidadãos.

Com o tempo, percebeu-se que, mais do que promover a liberdade, a minimização excessiva do papel do Estado acabou por aumentar a desigualdade social, levando o povo a se rebelar e exigir que o Estado garantisse condições básicas de subsistência, especialmente para os desfavorecidos economicamente.

Assim, a proteção dos direitos sociais começou a se desenvolver a partir do século XX, em um contexto no qual apenas o Estado, como organizador da vida em sociedade, poderia regular a economia para garantir direitos sociais, favorecendo sua população.

No contexto brasileiro, a defesa dos direitos sociais foi notadamente reforçada a partir da Constituição de 1988, que os consagrou como garantia da dignidade humana. Entre os direitos sociais garantidos, a Constituição concedeu especial destaque ao direito à saúde, elevando-o a um novo patamar.

Nesse sentido, a proteção da saúde passou a ser considerada uma obrigação do Estado, visando garantir condições mínimas de vida para aqueles marginalizados pela falta de recursos econômicos.

Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo à população que o direito à saúde, na nova era constitucional, não se limitaria a palavras em um documento normativo, mas seria efetivado de forma universal e igualitária. Ao inaugurar uma nova ordem jurídica, a Constituição atribuiu várias responsabilidades aos Poderes Legislativo e Executivo para garantir o direito à saúde, com o primeiro encarregado de promover políticas públicas e o segundo de editar leis que viabilizem tal direito.

No entanto, observa-se uma crescente omissão do Poder Executivo em cumprir as responsabilidades conferidas pelo ordenamento jurídico para garantir a saúde como um direito social.

Com isso, o presente trabalho objetiva discutir sobre as dificuldades enfrentadas pelos pacientes oncológicos devido à disfunção burocrática do estado, bem como um breve contexto sobre burocratização de alguns sistemas na área da saúde, as críticas que perpetuam sobre o tema e o excesso que a burocracia pode causar, já que a palavra é amplamente associada a uma conotação negativa, sugerindo ineficiência, e por fim, o entendimento acerca da disfunção burocrática do estado e o que isso acarreta na vida do paciente com câncer e ao sistema de saúde.

Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizado o método dedutivo, partindo de ideias e conceitos gerais, para específicos. Foi realizada pesquisa bibliográfica, por meio da coleta de informações em artigos científicos, livros, dissertações e teses sobre a temática proposta. Ainda, fez-se o uso de documentos jurídicos como legislações e resoluções.

Assim, a importância do trabalho se dá na medida em que, a análise acerca da disfunção burocrática do estado afeta os pacientes oncológicos, os desafios específicos e suas implicações, permitirá auxiliar a busca por mecanismos que possibilitem uma maior efetivação do direito social à saúde, que é garantia indispensável ao direito à vida.

2. BREVE CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE O CONSTITUCIONAL À SAÚDE

Neste segmento, discutiremos de forma sucinta a edificação dos direitos sociais e sua incorporação no sistema jurídico dos Estados. Além de destacar os precursores do constitucionalismo social no Brasil e a promulgação da Constituição de 1988 como um ponto crucial na proteção dos direitos fundamentais.

2.1 ANTECEDENTES DO CONSTITUCIONALISMO SOCIAL BRASILEIRO

O marco inicial do constitucionalismo brasileiro ocorreu com a promulgação da Constituição Imperial de 1824, imposta por D. Pedro I. Esta constituição, que estabeleceu um Estado monárquico constitucional, limitou-se imensamente na positivação de obrigações a serem asseguradas à sociedade.

É ressaltado no artigo 179 da Carta outorgada de 1824, que, de acordo com o seu inciso XXXI, "a Constituição garante os socorros públicos". Além disso, no início do inciso XXXII, estabeleceu que "a instrução primária é gratuita a todos os cidadãos" e possibilitou a criação de colégios e universidades (inciso XXXIII) (BRASIL, 1824).

Dessa forma, é perceptível que a Constituição Imperial indicou a proteção de alguns direitos de caráter social. Contudo, a efetivação desses direitos se mostrou distante para a sociedade, principalmente devido ao contexto político vivenciado sob o reinado.

Por outro lado, a primeira Constituição Republicana, promulgada em 1891, foi vigorosamente influenciada pela Constituição Americana de 1787, refletindo um período mundial completamente diferente, marcado por ideais liberais. Enquanto a Europa passava por várias mudanças sociais, já as revoluções mundiais buscavam impor ao Estado a garantia de direitos efetivos à população, no entanto, o Brasil, mesmo longe dessa circunstância revolucionária, negligenciou tais ideais.

Nos anos iniciais da República, ocorreram greves de forma ocasional, enquanto a realidade da população mais pobre era marcada pela miséria. O operariado, fortemente, solicitava a intervenção do Estado na regulamentação do trabalho, sem obter êxito (NASCIMENTO, 2009).

Conquanto, a Constituição de 1891, em contraste, evidenciou o desprezo do Estado brasileiro pelas garantias sociais. Não houve menção alguma a temas como trabalho, educação, saúde e habitação, questões amplamente discutidas na Europa na mesma época. Um marco histórico relevante que inaugura a reflexão sobre a saúde como direito social foi a Revolta da Vacina, ocorrida durante o governo do presidente Rodrigues Alves em 1904. A presença massiva de lixo nas ruas do Rio de Janeiro propiciava a disseminação de ratos e mosquitos transmissores de doenças como varíola, peste bubônica e febre amarela, resultando na morte de milhares de pessoas naquela época. Ao invés de priorizar o acesso à saúde básica, o governo optou pela vacinação obrigatória de toda a população para prevenir a varíola.

Contudo, a população, em meio a péssimas condições de trabalho e moradia, percebia essa medida como uma violação das liberdades individuais, já que a vacinação ia contra a vontade expressa do povo.

A Constituição de 1934 marcou uma onda de avanços dos direitos sociais no Brasil. Essa Constituição, que inaugurou o governo de Getúlio Vargas, foi a primeira a atribuir direitos sociais, incluindo um capítulo específico sobre a ordem econômica e social, seguindo o modelo da Constituição de Weimar.

Nessa Constituição promulgada, o Estado brasileiro foi incumbido da obrigação de garantir a todos uma existência justa, proteger o trabalho e assegurar a educação inicial como direito universal, inclusive para adultos, tornando-a obrigatória. Também foram previstas a assistência sanitária hospitalar ao trabalhador (art. 121, §1º, h) e a assistência social para os desfavorecidos.

A Constituição de 1934 representou uma perspectiva garantista social ao direcionar o Estado para promover o bem-estar social de forma democrática. Nesse contexto, além de assegurar a proteção à maternidade e à infância, manteve, no modelo da Constituição Imperial, a assistência pública.

Contudo, essa abordagem de garantia social democrática teve vida curta. Com base nas conjunturas políticas da época, Getúlio Vargas assumiu o poder e estabeleceu o Estado Novo por meio da Constituição de 1937, instaurando um regime ditatorial inspirado no protótipo fascista.

A Constituição de 1937 não apenas retrocedeu na positivação de direitos e liberdades individuais, mas também não inovou nos direitos sociais. Em vez disso,

preservou aqueles já garantidos na Constituição anterior para fortalecer a imagem paternalista do presidente Getúlio.

Com a promulgação da Constituição de 1946, iniciou-se uma renovada onda democrática no Brasil, visando garantir ideais liberais e sociais. Houve uma ampliação do rol de normas relacionadas aos direitos trabalhistas e à educação, bem como a consagração da intervenção do Estado na economia. Entretanto, essa constituição não incluiu no corpo do texto a garantia do direito à saúde (BERCOVICI, 2008).

Posteriormente, após os militares tomarem o poder, surgiu a Constituição de 1967, que equivale significativos retrocessos nos direitos trabalhistas. Essa Constituição passou à União a competência material para estabelecer planos nacionais de educação e saúde (art. 8º, inciso XIV).

Destarte, houve mais retrocessos do que avanços, de acordo com o que fora observado em relação aos direitos sociais.

Em 1969, mesmo que tenha ocorrido na forma de Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969, apesar das lutas pela redemocratização do país, a Constituição de 1969 não evoluiu na vanguarda dos direitos sociais, replicando disposições da Constituição de 1967.

Em frente da pressão popular por uma nova constituinte que incluísse os valores democráticos e sustentasse a superação das arbitrariedades vivenciadas no regime para evitar a repetição dos episódios ditatoriais e garantir que as arbitrariedades não persistissem.

Com isso, em 27 de novembro de 1985, convocou-se a Assembleia Nacional Constituinte. Seu objetivo era elaborar a atual Constituição de 1988, uma carta política relevante que ampliou significativamente o rol de direitos individuais e sociais.

2.2 A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS DIREITOS SOCIAIS ENQUANTO INSTRUMENTOS DE PROTEÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA

A Constituição de 1988 constituiu um marco significativo na evolução das proteções jurídicas individuais, sociais e econômicas, pois o texto normativo foi elaborado de maneira analítica, visando garantir um amplo rol de direitos.

Mesmo diante das reformas consideráveis realizadas em seu texto, a

Constituição de 1988 indiscutivelmente se destacou como um marco legislativo importante na história jurídica brasileira, sistematizando direitos de uma forma inédita.

Podemos observar em seu art.1º da CF/88:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988).

Podemos destacar a preservação da dignidade da pessoa humana, como alicerce da República brasileira, implica que toda a estrutura legal nacional deve ter como base o respeito pela pessoa humana. Isso assegura aos cidadãos direitos e liberdades individuais e sociais, visando proporcionar-lhes uma vida marcada pela dignidade e qualidade de vida.

Tendo em vista o que relata Luiz Roberto Barroso:

O princípio da dignidade da pessoa humana expressa um conjunto de valores civilizatórios que se pode considerar incorporado ao patrimônio da humanidade, sem prejuízo da persistência de violações cotidianas ao seu conteúdo. Dele se extrai o sentido mais nuclear dos direitos fundamentais, para tutela da liberdade, da igualdade e para a promoção da justiça. No seu âmbito se inclui a proteção do mínimo existencial, locução que identifica o conjunto de bens e utilidades básicas para a subsistência física e indispensável ao desfrute dos direitos em geral. Aquém daquele patamar, ainda quando haja sobrevivência, não há dignidade (BARROSO, 2012, p. 275).

Conforme essa interpretação, mencionam-se as visões que foram previamente apresentadas, podemos destacar:

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

A centralidade da dignidade no sistema jurídico impõe ao Estado a responsabilidade de assegurar direitos. Nesse contexto, apesar de uma menor ênfase nas liberdades individuais, a Constituição de 1988 delineou um conjunto pragmático de garantias sociais, conforme evidenciado em seu artigo 6º:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015) (BRASIL, 1988).

Esses direitos consagrados refletem a orientação das intenções do Estado brasileiro em prol da promoção social. Indicam que não se limitam a impor restrições aos abusos estatais, mas também estabelecem obrigações. A partir dessa padronização presente na Constituição Federal de 1988, uma nova perspectiva de direitos sociais foi inaugurada, ampliando a gama de proteção jurídica desses direitos e exigindo que o Estado desempenhe um papel ativo e positivo na vida social.

Dessa maneira, na visão de José Afonso da Silva, compreendem-se como direitos sociais:

[...] podemos dizer que os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas estatais, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais

desiguais. São, portanto, direitos que se connexionam com o direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (SILVA, 2011, p. 286-287).

Seguindo a mesma ideia, Ferreira Filho ressalta:

Como as liberdades públicas, os direitos sociais são direitos subjetivos. Entretanto, não são meros poderes de agir – como é típico das liberdades públicas de modo geral – mas sim poderes de exigir. São direitos de crédito” (FERREIRA FILHO, 2006, p. 49-50).

Dessa forma, os direitos sociais, conhecido como "direitos de crédito", vem para constituir o fundamento robusto para a consecução da dignidade humana da população brasileira. Em períodos de recursos limitados e de um capitalismo desenfreado, as garantias estatais permanecem como o único meio de atingir condições básicas de sobrevivência.

3. PERSPECTIVAS DO DIREITO BRASILEIRO A PARTIR DO CONCEITO AMPLO DA SAÚDE.

Neste capítulo, será abordada a constitucionalização do direito à saúde na Carta Magna de 1988, juntamente com a instauração e organização legal do Sistema Único de Saúde (SUS) e a atual compreensão da definição de saúde.

3.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A promulgação da Constituição Federal de 1988 marcou a instauração de um novo paradigma no sistema jurídico brasileiro ao elevar a dignidade da pessoa humana como fundamento primordial da República.

Em decurso desse enfoque central no princípio da dignidade humana, a Constituição deu especial atenção ao direito social à saúde, comprovando como um direito fundamental para todos, a ser concretizado de maneira universal e igualitária.

A preservação da saúde é concebida, destarte, como uma forma de assegurar a dignidade da pessoa humana. Em outras palavras, esse princípio fundamental não pode ser considerado como guia do ordenamento jurídico constitucional sem a plena e efetiva tutela da saúde.

Nesse contexto, a Constituição de 1988 não apenas incluiu uma disposição genérica no artigo 6º, mas também apresentou um rol específico no Título VII, Capítulo I, Seção II, abordando a questão da Saúde. O texto constitucional delineou diretrizes gerais com o intuito de direcionar as políticas públicas e o legislador infraconstitucional sobre como deveria ser efetivada essa ascensão à saúde.

Dessa forma, consta no art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O artigo 196 da Carta Magna estabelece que a saúde é um direito universal, garantido a todos, e determina que sua promoção é uma responsabilidade do

Estado, a ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas. Como também estipula a conduta de redução do risco de doenças e estabelece o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, através de ações de promoção, proteção e recuperação.

A promoção da saúde está intimamente ligada à qualidade de vida, pois esta é fundamental para a saúde. É impossível imaginar que indivíduos ou comunidades possam desfrutar de qualidade de vida sem saúde.

No entanto, a proteção, por sua vez, refere-se às medidas adotadas pelo Estado para prevenir doenças, incluindo campanhas de vacinação, disponibilização de medicamentos, controle da qualidade da água potável e fiscalização sanitária, etc.

Por fim, a melhora envolve a prestação de cuidados após a ocorrência de uma doença, visando ao tratamento curativo para evitar complicações, reduzir o risco de morte ou prolongar a vida do paciente.

Com isso, encontra-se no artigo 197 da Constituição de 88, que a saúde é um serviço de relevância pública, o que implica que, embora possa ser prestado por entidades privadas, deve ser regulado e supervisionado pelo Estado.

Já o termo "importância pública" implica que o legislador constitucional atribuiu à saúde uma posição de destaque e prioridade em relação aos demais direitos sociais. Com isso, a relevância pública vincula o Poder Público à promoção da saúde através de um sistema estruturado e sistematizado, com responsabilidades de controle, fiscalização e regulamentação das ações e serviços.

No que diz respeito à prestação de serviços públicos de forma oponente, a Constituição de 1988 aborda no artigo 199 as diretrizes gerais sobre o tema. Estabelece que o serviço é aberto à iniciativa privada, ou seja, não requer delegação pelo poder público; que instituições privadas podem participar de programas junto ao Sistema Único de Saúde desde que sem fins lucrativos; proíbe a participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde; e veda a comercialização de órgãos, tecidos, substâncias humanas, sangue, entre outros.

Além disso, o artigo 198 institui o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em uma rede localista e hierarquizada, enquanto o artigo 200, do sistema único de saúde disciplina as prerrogativas conferidas ao SUS. Estas normas serão abordadas em detalhe em ponto específico, devido à sua extensão e complexidade.

A inclusão de uma seção própria na Constituição Federal para tratar do tema demonstra a preocupação do legislador constitucional com o direito social à saúde, estabelecendo regras específicas e impondo obrigações favoráveis ao Estado na prestação de serviços públicos de saúde, tanto diretamente quanto por meio de parcerias com o setor privado.

No entanto, a promoção da saúde vai além da dimensão positiva, pois, conforme interpretado a partir do texto constitucional, representa uma dupla garantia para o cidadão, tanto como uma obrigação positiva quanto negativa por parte do Estado.

Portanto, o direito social à saúde, conforme estabelecido na Constituição Federal, atua como um direito de defesa, evitando interferências indevidas do Estado e de terceiros, ao mesmo tempo em que impõe ao Estado o dever de concretizar esse direito para a população, tornando os cidadãos credores de várias formas de assistência material, como fornecimento de medicamentos, exames e atendimento médico, elementos essenciais para a efetivação do direito à saúde (SARLET, 2006).

A dimensão de defesa em relação à saúde garante que o Estado não tome medidas que prejudiquem a saúde da população, como obstáculos ao acesso a tratamentos ou medicamentos. Isso significa que a saúde está protegida contra agressões tanto do Estado quanto de terceiros, com a obrigação de não prejudicar a saúde das pessoas, tornando as ações estatais que violem esse direito geralmente inconstitucionais.

Por outro lado, na dimensão positiva, a saúde é um dever do Estado, uma obrigação a ser fornecida a todos, independentemente de sua condição socioeconômica. Garante que todo cidadão brasileiro possa exigir, reclamar e até mesmo acionar administrativa ou judicialmente o Estado para fornecer tratamentos, medicamentos e procedimentos cirúrgicos, conforme expressamente previsto nos artigos 196, 198 e 200 da Constituição de 1988.

Por fim, ao considerar essas duas dimensões em conjunto com o texto constitucional, surge a necessidade de discutir o aspecto prestacional da saúde pelo Estado, realizando uma análise breve da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENQUANTO MECANISMO DE PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

No o artigo 198, caput da CF/88 estabelece que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único", e de acordo com o §1º "será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes". " (BRASIL, 1988).

Dessa forma, vê-se que a partir dessa disposição constitucional, surge o SUS – Sistema Único de Saúde, um mecanismo para garantir, sistematizar e organizar todos os recursos em saúde dedicados à população por parte de todos os entes federativos: União, Estados, Distrito Federal e Municípios, evidenciando o propósito do constituinte de 1988 em estabelecer uma forte prestação positiva do direito à saúde por parte do Estado brasileiro.

Essa previsão constitucional equivale, sem dúvida, a um grande avanço para a universalização do acesso à saúde para todas as pessoas, especialmente devido à sua gratuidade.

Além disso, como forma de garantir um sistema de saúde apropriado às necessidades da população, a Constituição Federal estabeleceu leis básicas para o funcionamento desse sistema de saúde.

Essas diretrizes estão descritas no artigo 198, incisos I, II e III, e estipulam que o SUS será ordenado com base na descentralização, com foco único em cada esfera de governo, garantindo atendimento integral e atuação da comunidade.

A diretriz constituinte da descentralização implica na distribuição democrática da política de saúde, com atribuição de responsabilidades entre as três esferas de governo pelas funções e ações de saúde, partindo do princípio de que as decisões devem ser tomadas no nível mais próximo possível das comunidades afetadas, aumentando assim a eficácia das medidas. A descentralização também visa orientar a regulamentação do sistema de forma a conceder aos Municípios, que estão mais próximos dos grupos, um papel central na gestão da saúde local e maiores responsabilidades na política de implementação das ações de saúde (FIGUEIREDO, 2006).

Nesse sentido, o atendimento completo implica na integração das ações e

serviços de saúde de forma abrangente. Portanto, não apenas o tratamento de doenças é priorizado, mas também a implementação de serviços preventivos e de promoção da saúde. Consequentemente, os usuários que necessitam de cuidados de saúde, seja para proteção, promoção ou recuperação, devem recebê-los de forma completa pelo SUS. (LUCION, 2016).

Além disso, a atuação da comunidade se refere ao envolvimento da população na gestão do SUS, permitindo a democratização do conhecimento sobre questões de saúde/doença e dos serviços disponíveis, facilitando assim o controle social efetivo da gestão do SUS. (FIGUEIREDO, 2006).

Observa-se, destarte, que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e a estrutura básica que deveriam guiar o sistema de saúde pública no Brasil, evidenciando a intenção do Poder Constituinte em verificar um status especial ao direito social à saúde. Ela presumiu a criação de um sistema de saúde único, compartilhado por todos os entes federativos, que oferecesse atendimento abrangente em termos de serviços e ações e que fosse administrado com o apoio do próprio grupo beneficiada.

No entanto, apesar de representar um marco importante ao tratar desse sistema único, a Constituição Federal não foi detalhada o suficiente para abordar completamente a organização, os objetivos, as atribuições e as competências do SUS. Portanto, surgiu a necessidade de promulgar leis que, baseadas nas disposições constitucionais, conseguissem regulamentar e organizar o Sistema Único de Saúde.

A reinterpretação do direito à saúde, introduzido pela Constituição de 1988, constitui-se crucial para a reestruturação da legislação sanitária, tanto através da adaptação das leis existentes quanto da criação de novas normas. É importante destacar que a própria Constituição Federal, em seu artigo 200, previu a elaboração de normas infraconstitucionais para regular o sistema de saúde, atribuindo essa competência legislativa aos Estados, Municípios, Distrito Federal e União, sendo esta última responsável por estabelecer as diretrizes gerais do sistema de saúde (LUCION, 2016).

A nível federal, foram promulgadas duas leis de importância crucial para instrumentalizar as disposições da Constituição Federal: a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90.

Dessa maneira, a Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, desempenhou um papel fundamental ao regulamentar e instituir o SUS - Sistema Único de Saúde, estabeleceu os mecanismos para promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como organizou e definiu o funcionamento dos serviços de saúde a serem oferecidos à população.

Esta lei definiu o SUS como "o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público", conforme estipulado no seu artigo 4º. Além disso, no artigo 5º, estabeleceu os objetivos do SUS, incluindo a identificação dos fatores determinantes da saúde, a formulação de políticas de redução de riscos de doenças e a promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de ações assistenciais e preventivas.

A Lei Orgânica da Saúde também definiu quinze princípios que direcionam a atuação dos setores público e privado na prestação de serviços de saúde. Esses princípios incluem a universalidade e integralidade de acesso aos serviços, a igualdade na assistência à saúde, sem discriminação, e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. Estes princípios garantem a concordância entre as normas infraconstitucionais de saúde pública e o princípio da dignidade da pessoa humana, assegurando que todos os brasileiros tenham acesso aos serviços públicos de saúde.

Além dos princípios, a Lei nº 8.080/90, nos seus artigos 16 a 19, regulamentou as competências dos entes federativos na promoção e organização do SUS, visando garantir a eficiência do sistema.

Assim, a Lei Orgânica da Saúde buscou regularizar, de forma lógica e política, a efetivação do direito à saúde como direito fundamental, por meio de políticas públicas de saúde. Ela se apresenta como uma forma de preparar o mandamento constitucional de distribuição dos serviços de saúde por meio de um sistema único, priorizando tanto a saúde preventiva quanto a curativa (FIGUEIREDO, 2006).

Verifica-se que a Lei nº 8.142/90, conhecida como Segunda Lei Orgânica da Saúde, trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Esta lei estabelece as bases para a participação da população no SUS, através dos graus colegiados representados pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde.

Como também regulamenta a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e prevê a criação de Fundos de Saúde nos municípios, estados e no Distrito Federal. Estas disposições contribuem para democratização das ações e serviços de saúde, equilibrando os gastos e promovendo a saúde de forma mais equitativa (LUCION, 2016).

Em resumo, as leis mencionadas refletem o compromisso do ordenamento jurídico brasileiro com o direito à saúde, buscando operacionalizar e garantir sua efetivação por meio de um sistema de saúde único, baseado em princípios como a universalidade, a integralidade e a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. No entanto, para assegurar a proteção efetiva da saúde como um direito social, conforme determinado pela Constituição, é necessário entender a amplitude desse direito, ou seja, o que de fato constitui a saúde.

Conforme as pesquisas feitas pela OMS - Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2008), o termo câncer se dá pelo conjunto de enfermidades caracterizadas pelo desenvolvimento desordenado de células, identificado como tumor maligno, pois apesar de haver alguns tumores, nem todo tumor é cancerígeno. O câncer, que é um tumor maligno, tem a capacidade de se disseminar por outras regiões do organismo, podendo se disseminar de maneira acelerada em vários órgãos. Há uma diversidade de tipos de cânceres, sendo um fator importante a detecção precoce de células atípicas, pois se encontra associada aos distintos tipos celulares do corpo que se espalham em vários campos do corpo.

Contudo, existem alguns elementos que podem impactar na vida de alguns indivíduos portadores de câncer. Entre os aspectos mais pesquisados destacam-se: o tipo de neoplasia, o diagnóstico precoce, o acesso à terapia e a conformidade com o tratamento proposto.

Há populações com baixo status socioeconômico, fazendo com que gere um menor acesso a informações sobre câncer e seus fatores de risco. Com isso, existem alguns tipos de câncer que estão mais prevalentes em comunidades de baixa posição socioeconômica, como o câncer de colo uterino, encontrado muitas vezes em mulheres e a neoplasias associadas ao tabaco (BRASIL, 2004).

No entanto, cada tipo de câncer tem sua própria trajetória natural e condutas específicas, há uma série de indicativos e incompatibilidades funcionais que são comuns em várias formas de neoplasias, especialmente nas fases avançadas que a

doença pode se encontrar naquele momento. De acordo com Ribeiro, existem alguns tipos de sintomas que seriam por exemplo: dor, fadiga, sonolência ou insônia, boca seca, anorexia, bem como questões relacionadas ao grau de funcionalidade, como mudanças no autocuidado e dificuldades em manter responsabilidades familiares e ocupacionais (RIBEIRO, 2001).

Nos dias atuais a comunicação é vista como uma ferramenta essencial nas interações entre enfermeiros e pacientes, no entanto, é mais do que apenas um meio para obter informações, pois exige habilidades que possam melhorar a interação entre eles, além das atitudes e posturas que abranjam uma visão biopsicossocial do ser humano (RODRIGUES, FERREIRA e Menezes, 2010).

A comunicação é algo importante para identificar sinais, sintomas e problemas físicos, como é ressaltado pelos enfermeiros, para que possam desenvolver uma comunicação terapêutica, que seja demonstrado o compromisso profissional com o paciente. Desse modo, a família faz parte de um papel primordial para a sua desenvoltura, esse apoio prolongado ajuda nas várias fases enfrentadas pelos pacientes e desempenha um papel vital nesse meio de comunicação (RODRIGUES, FERREIRA e Menezes, 2010).

Assim, é fundamental que exista esse elo entre o cuidado do enfermeiro com o paciente, para que possa atender e respeitar todo o processo e entender a importância da parceria que deve buscar-se, para que haja um atendimento igualitário. De acordo com Scorel (2001), a busca pela equidade deve ser um ponto positivo, para que possam ter acesso e na utilização dos serviços de saúde quanto no próprio atendimento, levando em conta as diversas necessidades individuais.

Vale ressaltar que, as mudanças na rotina cotidiana representam uma grande causa de estresse para as pessoas, estresse este que se inicia com as informações recebidas sobre o diagnóstico e se estende às decisões que devem ser tomadas a respeito do tratamento (BIFFI e MAMEDE, 2004).

Desse modo, vejamos a questão da aceitação de que, em situações excepcionais, é necessário garantir o acesso a produtos que não estão incluídos nas políticas públicas, além do bom relacionamento entre o paciente e o seu médico, pois, o Sistema Único de Saúde (SUS) não elimina a primazia desses direitos.

No contexto desse assunto, durante o julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada - STA/CE nº 175, vejamos um entendimento que o Ministro Gilmar

Mendes enfatizou, de maneira geral, que deve-se privilegiar o tratamento oferecido pelo SUS em detrimento de outras opções escolhidas pelo paciente, a menos que a ineficácia ou inadequação da política de saúde existente seja comprovada.

Assim, é responsabilidade do usuário provar a ineficácia do tratamento oferecido pelo SUS. Embora concordemos com Lenir dos Santos, que argumenta que "o direito à integralidade da assistência terapêutica não pode ser arbitrário e ficar totalmente a critério do cidadão", é importante reconhecer que, em circunstâncias especiais, quando as terapias disponibilizadas pelos serviços de saúde forem ineficazes, deve-se permitir o acesso a terapias não incorporadas, desde que haja evidências científicas de sua eficácia, efetividade e segurança.

O Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento da STA nº 175-CE, também destacou que a ausência de Protocolo Clínico no SUS não pode ser considerada uma violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções disponíveis para os usuários da rede pública e privada.

Portanto, os produtos e procedimentos oferecidos pelo SUS devem prevalecer, permitindo o acesso a outros procedimentos quando aqueles disponíveis não atenderem às necessidades específicas do paciente, sendo incumbência dele provar a eficácia do que deseja e a ineficácia e inadequação do que está sendo oferecido.

4. A PRESTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE SOB A ÓPTICA DOS TRÊS PODERES DA REPÚBLICA

Neste capítulo, será analisada a separação dos poderes conforme proposta clássica de Montesquieu, e como essa divisão de atribuições entre o Legislativo, Executivo e Judiciário se relaciona com o direito à saúde.

4.1 A SEPARAÇÃO DOS PODERES: UMA LIMITAÇÃO DESARMÔNICA

A suposição da separação dos poderes, concebida e aprofundada na obra "O Espírito das Leis" por Montesquieu em 1748, que surge em um contexto histórico marcado pela rejeição do governo absolutista, onde a burguesia buscava limitar o poder pessoal do monarca, que interferia em todas as esferas sociais, políticas e econômicas (BONAVIDES, 2000).

Segundo Dallari (1998), a ideia de Montesquieu se tornou fundamental no constitucionalismo moderno ao garantir a liberdade dos indivíduos. A concentração de poder impedia o crescimento da burguesia e do comércio, restringindo as liberdades individuais e permitindo abusos estatais.

Dessa forma, a obra de Montesquieu representou um marco na geração contemporânea de divisão de poderes, refletida no Brasil nos Poderes Judiciário, Executivo e Legislativo. Contudo, como sugere Dallari (1998), a ideia de aumentar a eficiência estatal por meio da distribuição de funções especializadas só foi consolidada no século XIX.

A Constituição de 1988 consagrou o princípio da separação dos poderes (artigo 2º) e organizou a estrutura funcional do Brasil, distribuindo funções típicas e atípicas entre os poderes, visando o mecanismo de "checks and balances", onde um poder limita o outro (BULOS, 2015).

No contexto brasileiro, o Legislativo tem a função típica de criar leis e emendas constitucionais, fiscalizar o Executivo e administrar sua própria organização interna. Além disso, atua atipicamente ao julgar o presidente nos crimes de responsabilidade.

O Executivo é responsável pela administração do Estado, tanto interna quanto

externamente. Também legisla através de medidas provisórias e julga pleitos administrativos.

Ao Judiciário cabe a função judicante, resolvendo conflitos e aplicando a lei. Além disso, legisla ao estabelecer seus próprios regimentos e administrar sua estrutura interna.

Entretanto, a realidade demonstra que o Estado de Direito constitucional deve se preocupar mais com a eficiência de cada função do poder do que com sua forma. Como destaca Canotilho (2003, p. 251): “o que importa não será tanto saber se o que o legislador, o governo ou o juiz fazem são atos legislativos, executivos ou jurisdicionais, mas se o que eles fazem pode ser feito e é feito de forma legítima”, tendo como importância a garantia que as ações sejam legítimas.

No Brasil, o Poder Executivo enfrenta desafios na gestão pública, a resistência do Executivo em cumprir as leis existentes e a hipertrofia legislativa aumentam os litígios, deixando ao Judiciário resolver questões entre particulares e o Estado, incluindo demandas de saúde.

Nesse contexto, é necessário analisar como os três poderes lidam com as demandas relacionadas ao direito à saúde, abordando os problemas enfrentados pelo sistema brasileiro.

4.2 DAS ATRIBUIÇÕES DO LEGISLATIVO, EXECUTIVO E JUDICIÁRIO EM MATÉRIA DE SAÚDE

Primeiramente, é importante destacar que a Constituição estabelece como uma competência legislativa concorrente, que a União, os Estados e o Distrito Federal têm o poder de editar normas relacionadas à “defesa da saúde” (art. 24, inciso XII, da CF/88). No entanto, os parágrafos de 1 a 4 do mesmo artigo pressupõem que a União deve estabelecer normas de caráter geral, que abranjam situações genéricas aplicáveis a toda a federação. Os Estados, cuja competência é suplementar, também podem legislar sobre saúde, desde que não violem as normas federais.

Dessa forma, a atuação dos poderes legislativos federal, estadual, distrital e municipal está definida na Constituição, com o objetivo, sob um sistema hierárquico,

de criar normas que facilitem o acesso à saúde, garantindo a efetivação do direito social à saúde conforme estipulado no art. 6º da CF/88.

No nível federal, a principal legislação que trata do direito à saúde é a Lei nº 8.080/90, que regulamenta as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Essa lei desempenha um papel importante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) nos setores público e privado, estabelecendo competências e atribuições executivas conforme previsto no art. 197 da Constituição de 1988. Além disso, a Lei nº 8.142/1990 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e define critérios para a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Outra legislação federal relevante é a Lei Complementar nº 141/2012, que regula o orçamento destinado à prestação de serviços de saúde entre os entes federativos, conforme previsto no art. 198, §3º, da Constituição Federal de 1988.

No âmbito do Poder Legislativo da Paraíba, há um total de 126 normas relacionadas ao direito à saúde, conforme informações disponíveis no site da Assembleia Legislativa. Destacam-se entre essas normas aquelas que buscam ampliar o acesso à saúde para idosos, pessoas com deficiência e pacientes com doenças graves.

Portanto, é evidente que não há controvérsias quanto ao cumprimento da função legislativa no que diz respeito à defesa e promoção da saúde. As normas orçamentárias são regularmente elaboradas dentro do prazo legalmente estabelecido, e existem diversas normas que regulam a burocracia e a organização dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Por fim, os municípios têm competência para legislar sobre saúde dentro dos limites estabelecidos pela legislação federal e estadual, de acordo com seus interesses locais. Assim, o Poder Legislativo brasileiro, no que se refere à regulamentação da saúde, cumpre suas funções constitucionais sem se omitir ou ultrapassar seus limites.

Quanto ao Poder Executivo, possui atribuições materializadas e administrativas divididas entre os entes federativos: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Conforme estabelecido no art. 23, II, da Constituição Federal, todos os entes federativos têm competência comum para promover a saúde pública. Além disso, o art. 196 da Constituição prevê que a promoção da saúde deve ser realizada por

meio de políticas públicas sociais e econômicas.

Portanto, a Constituição Federal estabeleceu uma responsabilidade solidária entre todos os entes federativos no que diz respeito à saúde, o que implica na necessidade de uma atuação conjunta na elaboração de políticas públicas voltadas para esse fim. Esse entendimento foi confirmado pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do RE 855178 RG – SE, que fixou a tese de que o fornecimento de tratamento médico adequado, incluindo a distribuição de medicamentos, é uma responsabilidade solidária entre todos os entes federativos, podendo ser solicitado judicialmente a qualquer um deles, isoladamente ou em conjunto, como podemos identificar:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente (BRASIL, 2015).

A Lei nº 8.080/90 foi estabelecida como um meio de gerenciar essa responsabilidade solidária, atribuindo funções específicas a cada ente federativo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 16 determina que à União cabe, entre outras atribuições, a definição e coordenação da assistência de alta complexidade, bem como dos laboratórios de saúde pública.

Por sua vez, o Estado tem responsabilidades como promover a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, além de formular e executar políticas relacionadas a insumos e equipamentos de saúde, conforme o artigo 17 da Lei nº 8.080/90. Aos municípios, o artigo 19 da mesma lei atribui, entre outras tarefas, a gestão e execução dos serviços públicos de saúde.

Assim, conforme estabelecido pelo ordenamento jurídico brasileiro, o Poder Executivo tem a obrigação de promover a saúde através da implementação de políticas públicas. Essas políticas são financiadas com base em um planejamento prévio, definido nas Leis Orçamentárias Anuais, com recursos provenientes dos

orçamentos da seguridade social de cada ente federativo.

É importante salientar que o planejamento prévio, aprovado pelo Legislativo, não é um obstáculo à efetivação das políticas públicas, mas sim uma ferramenta que pode ser utilizada para garantir os direitos sociais. Contudo, o orçamento público apenas autoriza os gastos, não os torna obrigatórios. Isso significa que não há garantia de que o orçamento será executado de forma eficiente e que os direitos sociais, como o direito à saúde pública e gratuita, serão plenamente assegurados.

É notável que os direitos sociais muitas vezes são tratados como políticas de governo, sujeitas às preferências ideológicas dos governantes, em vez de políticas de Estado. Se o chefe do executivo aderir a perspectivas mais liberais, a tendência é reduzir a atuação do Estado, o que prejudica a promoção dos direitos sociais.

Entretanto, políticas públicas destinadas a garantir direitos sociais, como o direito à saúde, não devem estar sujeitas às vontades do governante, pois essa não foi a intenção dos constituintes de 1988. A saúde foi estabelecida como um direito fundamental a ser garantido pelo Estado, não estando sujeita à discricionariedade do Poder Executivo quanto aos investimentos.

Apesar da clareza das disposições do ordenamento jurídico brasileiro em garantir o direito social à saúde de forma integral, o Poder Executivo muitas vezes encontra justificativas para não efetivar esses direitos, configurando uma omissão na prestação do direito à saúde.

Uma dessas justificativas é a chamada Teoria da Reserva do Possível, que argumenta que a efetivação dos direitos sociais está condicionada à capacidade financeira do Estado. Segundo essa teoria, o Estado só pode garantir aquilo que está dentro de suas possibilidades financeiras, limitadas pelo orçamento público.

Dessa forma, a Teoria da Reserva do Possível representa uma limitação ao desenvolvimento do Estado Social, restringindo a efetivação dos direitos positivos estatais às disponibilidades financeiras do Estado.

Nesse sentido, ressalta o notável Canotilho (1998, p. 477):

Quais são, no fundo, os argumentos para reduzir os direitos sociais a uma garantia constitucional platônica? Em primeiro lugar, os custos dos direitos sociais. Os direitos de liberdade não custam, em geral, muito dinheiro, podendo ser garantidos a todos os cidadãos sem se sobrecarregarem os

cofres públicos. Os direitos sociais, pelo contrário, pressupõem grandes disponibilidades financeiras por parte do Estado. Por isso, rapidamente se aderiu à construção dogmática da reserva do possível (Vorbehalt des Möglichen) para traduzir a ideia de que os direitos só podem existir se existir dinheiro nos cofres públicos. Um direito social sob 'reserva dos cofres cheios' equivale, na prática, a nenhuma vinculação jurídica. Parte superior do formulário

Portanto, é negligenciado o fato de que o direito à saúde está intimamente ligado à promoção da dignidade humana e ao direito à vida, fundamentos primordiais do Estado brasileiro. Ao se recorrer à aplicação da teoria da reserva do possível, na verdade, há uma retirada da proteção jurídica não apenas dos direitos sociais, mas também das liberdades individuais (DINIZ; OLIVEIRA, 2016).

Assim, ao aplicar a teoria da reserva do possível à garantia do direito social à saúde, também se compromete a eficácia da dignidade da pessoa humana e do direito à vida, uma vez que essas garantias são condicionadas a questões orçamentárias. Como observado por Lopes (2010, p. 144):

É óbvio que a limitação de recursos existe e não se pode ignorá-la, até mesmo para que se possa afirmar judicialmente exigível ou não, certa e determinada prestação do Estado que desdobre dos limites do razoável, mas também não se pode esquecer a finalidade da arrecadação de recursos públicos, que outra não é senão a de realizar os objetivos fundamentais traçados na Constituição.

Do que se percebe, no que diz respeito à promoção do direito social à saúde, o Poder Executivo está desempenhando inadequadamente suas funções, falhando em cumprir as atribuições estabelecidas na Constituição e na legislação vigente.

5. BUROCRATIZAÇÃO

Neste capítulo veremos a presença da burocracia, que é uma realidade que permeia a vida de todos os cidadãos, caracterizada por processos que demandam previsibilidade, estabelecimento de regras, regulamentos claros e hierarquias definidas. Sempre que há uma necessidade de seguir uma lógica ou respeitar um padrão específico, a burocracia surge como um elemento inevitável.

Sua importância é indiscutível, pois é ela que assegura a padronização necessária para manter a ordem e a regularidade na execução de tarefas, algo que se faz presente em diversas instâncias da estrutura estatal.

5.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA BUROCRACIA

O conceito de burocracia tem suas origens nas teorias elaboradas pelo sociólogo alemão Max Weber no início do século XX., que estudou e descreveu a burocracia como uma forma eficaz de organização e administração. Ele identificou as principais características da burocracia, tais como a hierarquia, a presença de regras e procedimentos formais, a divisão do trabalho, a impessoalidade nas relações e a seleção baseada no mérito. Para Weber, a burocracia, quando devidamente estruturada, é uma forma racional e eficiente de administração, capaz de lidar com tarefas complexas e garantir a igualdade de tratamento entre os membros.

O sociólogo via a burocracia como uma alternativa aos sistemas de administração baseados em tradição ou relações pessoais, mais comuns em sociedades pré-modernas. Ele argumentava que esse modelo proporciona uma estrutura clara de autoridade, promovendo eficiência e neutralidade nas decisões. As ideias de Weber tiveram grande impacto no desenvolvimento da teoria da administração e foram amplamente adotadas em departamentos modernos em todo o mundo, incluindo governos e instituições públicas, como forma de organizar e gerenciar o trabalho de maneira eficaz e previsível.

No contexto brasileiro, o modelo burocrático encontrou um terreno fértil para se desenvolver, especialmente após o período de redemocratização. Nesse período, os

órgãos burocráticos dos altos escalões do Poder Executivo ganharam mais relevância no processo de formulação de políticas públicas, refletindo uma mudança no entendimento do papel e na gestão do Estado brasileiro. (Abrucio; Loureiro, 2018).

É evidente que o modelo burocrático tem sido fundamental na elaboração e execução de políticas públicas no Brasil. Estas políticas se destacam pelo planejamento cuidadoso, estabelecimento claro de diretrizes e metas, além da coordenação centralizada das ações governamentais.

Conforme apontado por Azevedo (2023), Max Weber identificou os atributos fundamentais das burocracias, os quais auxiliam as organizações a atingirem seus propósitos, expandirem-se e manterem-se ao longo do tempo, os quais englobam:

1º Uma hierarquia onde as atribuições fluem para baixo e a responsabilidade flui para cima;

2º Uma clara divisão de trabalho e responsabilidades;

3º Regras escritas;

4º Comunicações e registros escritos;

5º Impessoalidade.

Segundo o autor, esse modelo parte do pressuposto de que a burocracia é intrinsecamente eficiente. Para alcançar essa eficiência, a burocracia detalha minuciosamente como as atividades devem ser executadas.

No entanto, ao longo da história, a burocracia tem sido frequentemente empregada de maneira inadequada, resultando em disfunções características do uso excessivo de seus elementos, especialmente em relação ao excesso de regras ou etapas necessárias para realizar uma determinada ação ou tarefa.

Azevedo (2023) ressalta que ao longo do tempo, os princípios delineados por Weber têm sido progressivamente negligenciados, o que tem levado à lentidão e à ineficiência nos processos organizacionais, principalmente devido a:

- A rigidez burocrática ou a estrita conformidade com as regras e procedimentos pode resultar em um foco exclusivo nos meios, negligenciando os fins e os resultados;

- A ausência de comunicação efetiva entre as diferentes unidades institucionais e os colaboradores pode levar a situações em que estes estejam trabalhando

simultaneamente em objetivos conflitantes, resultando em retrabalho e/ou competição por recursos;

- A criação de um sentimento de alienação burocrática, um fenômeno presente na cultura organizacional de muitas entidades, ocorre quando os funcionários são incumbidos de tarefas repetitivas com o objetivo de aumentar a produtividade, porém sem compreenderem o propósito subjacente do trabalho.

Na esfera da administração pública, a alienação burocrática leva os funcionários a encarar o trabalho como uma obrigação, apenas como meio para um fim, resultando em uma falta de iniciativa e limitando-se ao mínimo necessário ou às tarefas prescritas, utilizando as regras como justificativa para fazer o mínimo esforço (Azevedo, 2023).

Esse evento pode ser atribuído à falta de critérios estabelecidos para promover a meritocracia ou à falta de definição clara dos resultados esperados de um algum processo organizacional, como os *OKRs - Objective and Key Results*, por exemplo, que é um método utilizado para o desdobramento de metas e atingir o objetivo final, de acordo com o Andrew S. Grove, 1999, fundador da Intel.

Além disso, no contexto estatal, a burocracia muitas vezes se baseia em procedimentos ultrapassados e ineficazes, o que acarreta sérias complicações em todas as áreas do governo e aumenta o risco de estagnação e lentidão nos serviços associados, prejudicando tanto os servidores quanto os cidadãos.

Embora a burocracia seja frequentemente vista como um obstáculo à eficiência e à agilidade dos processos, a famosa frase "A única coisa que nos salva da burocracia é a sua ineficiência", atribuída ao político do Partido Democrata americano Eugene McCarthy, sugere que, por vezes, a própria ineficácia da burocracia pode ser benéfica. Isso ressalta que a lentidão burocrática pode simplificar os processos e torná-los menos complexos, funcionando a nosso favor.

Portanto, é essencial encontrar um ponto de equilíbrio entre eficiência e o modelo burocrático, garantindo que as organizações possam operar de maneira eficaz e justa.

A burocracia desempenha um papel crucial na administração pública e em muitas organizações, garantindo transparência, prestação de contas e igualdade no tratamento de todos os cidadãos e partes interessadas, para que possam ter acesso

aos serviços expostos.

Embora seja compreensível que a redução da burocracia deva ser uma prioridade para os governantes, é importante destacar que a população reconhece sua importância, pois estabelece regras que desencorajam desvios de conduta. Para a população, o verdadeiro problema é o excesso de burocracia devido à redundância de exigências e procedimentos.

Nesse sentido, a unificação de documentos de identificação poderia ser uma alternativa para reduzir a burocracia. É crucial observar que a burocracia não é intrinsecamente negativa em todos os contextos, pois pode ajudar a garantir a conformidade com as leis e regulamentos e evitar o mau uso dos recursos públicos.

No entanto, o excesso de burocracia, a falta de eficiência e transparência podem prejudicar o funcionamento adequado da administração pública. Portanto, o governo brasileiro tem buscado reformas e modernização administrativa para tornar os processos mais ágeis, transparentes e eficientes.

5.2 CRÍTICAS À BUROCRACIA

O conceito burocrático da administração teve uma grande influência na doutrina administrativa devido à sua relevância ainda nos dias atuais no contexto organizacional. No entanto, esse modelo weberiano enfrentou críticas por parte de várias escolas de pensamento administrativo e autores posteriores. Críticos apontam que a burocracia é excessivamente formal e isso prejudica o funcionamento eficiente das organizações (TSUFA, 2011).

De forma geral, a crítica descreve a burocracia como um modelo previsível, impessoal, mecanicista, com decisões centralizadas e focado nas normas e regulamentos, ignorando aspectos não contemplados por eles. Merton (1959) destaca que não existe uma organização totalmente racional e que certos comportamentos burocráticos não podem ser previstos, o que leva às disfunções do modelo.

Chiavenato (2000), baseando-se nas análises de Merton, identifica as disfunções da burocracia para destacar aspectos não considerados pela teoria weberiana, como: a internalização das regras, excesso de formalismo, despersonalização do relacionamento, resistência à mudança, superconformidade

às rotinas, entre outros.

Além disso, a crítica também associa a teoria da burocracia a uma visão de sistema social desumanizado, mecanicista, que desconsidera a importância do aspecto humano nas organizações, similar às críticas feitas às teorias de Taylor e Fayol. Weber é aproximado desses teóricos, apesar de sua abordagem descritiva e explicativa diferir das prescrições dos modelos anteriores (CHIAVENATO, 2000).

Gouldner (1964) aponta que a teoria da burocracia é criticada por conceber as organizações como sistemas fechados, ignorando outros elementos do ambiente social, assim como ocorria com as teorias clássicas.

Portanto, as críticas à teoria da burocracia ressaltam suas limitações, especialmente sua rigidez, desconsideração pela subjetividade humana e falta de consideração ao contexto social das organizações, destacando a necessidade de abordagens mais flexíveis e holísticas na administração.

6. DISFUNÇÃO BUROCRÁTICA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM RELAÇÃO ÀS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Vimos que o câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, colocando um fardo significativo não apenas nos pacientes, mas também em suas famílias e no sistema de saúde como um todo. Neste capítulo, vamos identificar os desafios enfrentados devido à burocracia estatal.

6.1 DESAFIOS ESPECÍFICOS E SUAS IMPLICAÇÕES

1º Acesso Limitado a Tratamentos e Medicamentos

Um dos principais desafios enfrentados pelos pacientes oncológicos é o acesso limitado a tratamentos e medicamentos essenciais. Processos de aprovação demorados para novos medicamentos e restrições de reembolso podem dificultar o acesso a terapias inovadoras e eficazes. Por exemplo, pacientes podem enfrentar dificuldades para obter autorização para tratamentos de última geração devido à complexidade nos processos de acesso. Essas barreiras podem resultar em atrasos no início do tratamento e impactar negativamente os resultados.

2º Longos Tempos de Espera para Consultas e Exames

Os pacientes oncológicos muitas vezes enfrentam longos tempos de espera para consultas com especialistas e realização de exames diagnósticos. Esses atrasos podem ser atribuídos à falta de capacidade do sistema de saúde para atender à demanda, bem como à burocracia envolvida na marcação de consultas e exames. Infelizmente, esses atrasos podem levar à progressão da doença e diminuir as chances de sucesso do tratamento.

3º Dificuldades na Autorização de Procedimentos e Cirurgias

A obtenção de autorizações para procedimentos e cirurgias necessárias também pode ser uma fonte significativa de estresse para os pacientes oncológicos. Requisitos de documentação complexos e processos burocráticos demorados podem resultar em atrasos na realização de tratamentos invasivos essenciais. Para

alguns pacientes, esses atrasos podem ter consequências graves para sua saúde e bem-estar.

4º Complicações no Reembolso de Despesas Médicas

Os pacientes oncológicos também enfrentam complicações no reembolso de despesas médicas. Processos burocráticos demorados para obter reembolso por despesas relacionadas ao tratamento, como medicamentos e terapias, podem criar dificuldades financeiras adicionais para os pacientes e suas famílias. Essas dificuldades financeiras podem afetar adversamente a qualidade de vida dos pacientes e sua capacidade de acessar cuidados de saúde adequados.

5º Falta de Apoio Financeiro Adequado

Além das complicações no reembolso de despesas médicas, os pacientes oncológicos muitas vezes enfrentam uma falta de apoio financeiro adequado do estado. Benefícios e subsídios disponíveis podem não ser suficientes para cobrir os custos associados ao tratamento do câncer, como transporte para consultas, alojamento durante tratamentos fora de domicílio e cuidados de apoio. Como resultado, os pacientes podem enfrentar dificuldades financeiras significativas durante um momento já desafiador de suas vidas.

6º Desafios na Coordenação de Cuidados

Por fim, a burocracia estatal pode dificultar a coordenação eficaz dos cuidados para pacientes oncológicos. A falta de comunicação entre diferentes partes do sistema de saúde, como hospitais, clínicas, serviços sociais e seguradoras, pode levar a lacunas na coordenação dos cuidados. Isso pode resultar em serviços fragmentados e subótimos, prejudicando a qualidade e eficácia do tratamento.

6.2 O EXCESSO DE BUROCRACIA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Atualmente, a palavra "burocracia" é amplamente associada a uma conotação negativa, sugerindo ineficiência, excesso de formalismo e criação de metodologias desnecessárias dentro da Administração Pública. Tal percepção desencadeia uma

considerável morosidade no atendimento às demandas dos cidadãos, gerando uma notável descontentamento na sociedade (FONSECA, 2019).

Entretanto, é importante reconhecer que, ao estabelecer procedimentos internos para garantir o cumprimento da legislação e seguir as recomendações dos órgãos de controle, a Administração Pública muitas vezes incorre em um excesso de zelo, introduzindo etapas sobrepostas e repetitivas em seus fluxos processuais. Contudo, é fundamental ressaltar que a burocracia também engloba aspectos essenciais e benéficos para o funcionamento das atividades estatais.

Dentre esses aspectos, destacam-se a base legal proporcionada por normas e regulamentos, a abordagem racional e a divisão do trabalho, a formalidade das comunicações, a imparcialidade nas relações, a rotina e os procedimentos padronizados, a competência técnica e a meritocracia, a especialização da administração, a profissionalização dos envolvidos e a previsibilidade operacional.

Dessa maneira, o verdadeiro desafio reside em alcançar um equilíbrio adequado, buscando estabelecer uma burocracia mínima viável. Isso implica em utilizar os instrumentos burocráticos de maneira eficiente, sem que estes se tornem obstáculos para as atividades da Administração Pública. O objetivo final é oferecer um serviço público eficaz, sem comprometer, é claro, o cumprimento do princípio da legalidade.

6.3 DIFICULDADES VIVENCIADAS FRENTE AO CÂNCER

Como ressalta o autor Negrini (1994), a pessoa que for diagnosticada com câncer enfrenta diversas situações consideráveis, como por exemplo os impactos nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, tanto pela doença em si, quanto pelo tratamento. Dessa forma, lidar com a nova realidade e ajustar-se à alteração na imagem corporal é algo que demanda um esforço significativo, para o qual muitas vezes não estão preparadas.

Neste momento crucial no decorrer do tratamento, aparecem alguns desafios que afetam o equilíbrio do indivíduo e interferem em seus relacionamentos. Por isso que, a interação entre enfermeira e paciente tem um desempenho primordial durante todo o processo, pois terá um papel auxiliador, uma vez que o grupo humanitário do cuidado de enfermagem enxerga o paciente não apenas como um "pessoa doente",

mas como um ser completo, com sua própria história de vida, temores e angústias.

De acordo com a pesquisa feita por Maieski e Sarquis (2007), 73% dos entrevistados, sendo do sexo feminino fora destacado alterações em suas atividades diárias devido ao tratamento do câncer. No entanto, apesar do amparo legal existente, as dificuldades na preservação do emprego persistem mesmo após o intervenção, sendo que os pacientes frequentemente enfrentam algumas diferenças por parte dos patrões e alguns parceiros de trabalho, que os veem muitas das vezes como alguém incapaz de retomar suas atividades anteriores.

Dessa forma, as complicações relacionadas ao emprego podem ser tanto monetário quanto emocionalmente destruidoras para os que sobreviveram, mesmo que mantenham adequadas condições físicas para exercer alguma demanda. É evidente que os problemas no âmbito profissional reverberam em toda a dinâmica econômica e emocional familiar (SONOBE, BUETTO e ZAGO, 2011).

Podemos perceber que haveria uma minimização dos desafios financeiros enfrentados pelos portadores de câncer poderia ser alcançada se todos tivessem acesso efetivo aos seus direitos e benefícios, conforme estabelecido por leis federais, estaduais e municipais. Essas leis devem ser aplicadas de maneira abrangente, sem discriminação ou preferências, sendo responsabilidade do Estado, por meio de seus líderes ou pessoas que venham representa-lo para garantir a sua implementação.

Contudo, é reconhecido que, apesar dos privilégios constitucionais, existe uma lacuna entre a legislação escrita e a realidade das obrigações que a saúde é destinada, como destacado por SonoBe, Buetto e Zago (2011). Ademais, o estudo mencionado anteriormente revelou que 45% dos pacientes que foram avaliados não tinham conhecimento de seus direitos.

Entende-se que as percepções associadas ao câncer são predominantemente negativas, uma vez que a doença é comumente vista como destrutiva e frequentemente interpretada como uma punição ou castigo, devido à ideia social da morte relacionado ao câncer. O discriminação da sociedade em relação ao câncer leva muitos pacientes a manterem em privacidade sua condição, temendo tanto o estigma quanto a possível abstenção (RAMOS e LUSTOSA, 2009).

No decorrer do período de espera, durante o qual os resultados dos exames são examinados e firmado pode gerar ansiedade, angústia e desamparo, levando a

pensamentos de morte e pânico (RAMOS e LUSTOSA, 2009).

Carvalho (2008) ressalta que, o estigma associado ao câncer é perpetuado devido ao reconhecimento tardio, o que limita as opções de procedimento, prejudica as relações de família e dificulta a comunicação sobre a doença, especialmente à medida que a doença progride.

Com isso, fica evidente que o câncer e seus tratamentos são capazes de impactar a sexualidade e a imagem corporal, seja de maneira direta ou indireta, devido a intervenções cirúrgicas, efeitos colaterais do uso de medicamentos, entre outros fatores. Isso resulta em ansiedade devido às mudanças repentinas na imagem corporal, conforme observado por Santos e Ribeiro (2001).

De acordo com as ideias de Regis e Simões (2005), os pacientes com câncer enfrentam não apenas os desafios citados, mas também passam por uma fase inicial de rejeição, uma estratégia de defesa comum em doenças crônicas e, especialmente, em condições estigmatizantes e desesperadoras, como o câncer. Durante esse processo, eles buscam entender a causa da doença, indagando e refletindo sobre o porquê de sua condição. Portanto, alcançam a aceitação da doença, demonstrando fé plena, o que implica em aceitação e resignação.

Santos e Ribeiro (2001) destacam a importância do suporte social como um motivo crucial no alívio do estresse em ocorrências de crise. Esse apoio pode não apenas inibir ou atrasar o avanço da doença, mas também auxiliar na reabilitação, promovendo assim uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, sendo um conceito multidimensional, a qualidade de vida, reflete o grau de contentamento com a vida, mesmo diante das limitações colocadas pela doença e pelo procedimento. Essa abordagem abrange aspectos como função física, sintomas, ocupação, interação social, bem como o nível de contentamento, bem-estar e alegria.

O respaldo social é frequentemente destacado como um elemento significativo na preservação e recuperação da saúde dos pacientes com câncer, sendo proveniente de diversas fontes como família, amigos, pessoas do trabalho e práticas religiosas, entre outras (Hoffman, Muller e Frasson, 2006).

Uma compreensão mais aprofundada das condições e fatores que impactam a qualidade de vida dos pacientes oncológicos pode servir como meio da eficácia dos cuidados oferecidos, além de oferecer uma base para a revisão e ajuste das estratégias de interferência em saúde.

6.4 DIFICULDADES FRENTE AO SISTEMA DE SAÚDE

De acordo com as pesquisas feitas pelos autores (Bergamasco e Angelo, 2001; Rossi e Santos, 2003), indicam que o dissabor experimentado pelos pacientes vai além da mera presença do nódulo, abrangendo os problemas enfrentados nos serviços de saúde, como burocracia e negligência, percebidas como problemas significativos a serem superados.

De acordo com o estudo de Hoffmam, Muller e Frasson (2006), 25,3% das entrevistadas relataram enfrentar complicações ao buscar atendimento nos sistemas de saúde. Estas dificuldades incluíram falta de horário, excesso de burocracia, e situações como ter que passar noites em filas, aguardar semanas por uma vaga, ou ser atendida apenas por conhecer alguém que trabalhava no serviço. A pesquisa também revelou que 23% dos participantes perceberam falta de importância dada pelos médicos à seriedade da situação durante a busca pela confirmação do diagnóstico. Além disso, 18% ficaram descontentes com o conhecimento recebido sobre a doença, enquanto 38% mencionaram que o tempo entre o diagnóstico e o começo do tratamento variou de 31 a 90 dias, considerado longo por 36% dos participantes.

No entanto, é verificado que há leis e programas que foram oferecidos apoio aos portadores de doenças oncológicas, como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), criado em maio de 2000. Este programa tem como objetivo promover uma moderna cultura de atendimento à saúde no Estado Brasileiro, visando aprimorar as relações entre profissionais, usuários e comunidade, com foco na melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados por instituições ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), como o INCA (Rodrigues, 2007).

Foi estabelecida a Portaria nº 2439/GM, no final de 2005, alinhada com as orientações e estratégias de democratização institucional no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria visa proporcionar a descentralização e fortalecer a co-responsabilidade entre a liga dos serviços prestados nas organizações.

A Portaria nº 3535, que fora publicada em 1998, reconheceu a necessidade de assegurar atendimento integral a pacientes com câncer. Ela propôs a criação de

algumas organizações que tenham uma forma hierarquizada de Centros que oferecem serviços pelo SUS, estabelecendo critérios mínimos para o cadastramento desses locais que tenham uma alta complexidade em Oncologia (Brasil, 2010).

De acordo com Hortale (2000) é destacado que o ingresso é uma categoria crucial para a verificação dos sistemas de saúde, abrangendo a oferta, estrutura dos serviços e a aprovação pela sociedade. Isso revela dimensões socioeconômicas, culturais e políticas que são essenciais nas formulações e implementações de políticas de saúde.

As observações ressaltadas por Assis (2003), que diz que o acesso no cenário nacional é meticuloso, supressivo e focalizado, envolvendo diferentes serviços públicos e privados que muitas vezes não estão alinhados com a legislação e a legalidade social.

Por isso, para atender às reais necessidades da sociedade, os serviços de saúde devem compreender o contexto das pessoas que buscam atendimento. Isso inclui compreender suas experiências de vida, as estratégias utilizadas para enfrentar problemas e oferecer atendimento com equidade àqueles que necessitam, entendida como a igualdade no acesso à saúde como um direito de todos os cidadãos. A disponibilidade dos serviços de saúde é, portanto, fundamental para concretizar essa falta de igualdade e diferença entre os pacientes oncológicos.

Caso o ambiente de apoio oferecido pelos funcionários de saúde para os pacientes com câncer não seja apropriado, existe a possibilidade de esses pacientes procurarem outras alternativas, o que pode prejudicar a relação e a confiança na equipe de saúde. Portanto, é importante destacar que as abordagens de procedimento complementar para os desafios de saúde, como a busca por apoio social e a participação em campo religiosos, atuam como formas de aliviar o sofrimento físico e emocional causado pela doença.

De acordo com a cartilha da OMS (2022) , em seu capítulo 18 podemos observar um pouco sobre o teleatendimento em cuidados paliativos oncológicos e as estratégias feitas para uma avaliação efetiva no cenário das assistências domiciliar e ambulatorial.

Desde o início da declaração da pandemia de covid-19 pela OMS em 11 de março de 2020, surgiu a necessidade de implementar alterações nos serviços de saúde, visando garantir a segurança dos ambientes, profissionais e pacientes. O

distanciamento social impulsionou a criação e adaptação de diversas atividades para manter os serviços operacionais, sem comprometer sua segurança ou qualidade.

Nesse tempo foram autorizadas ações de telemedicina em caráter excepcional e temporário, incluindo atendimentos pré-clínicos, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico realizados remotamente através de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A emissão de documentos médicos eletrônicos foi regulamentada pela resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.299 em 30 de setembro de 2021. O Serviço de Assistência Domiciliar atende em média 150 pacientes por mês, caracterizados por restrição ao leito ou lar, residindo em localidades até 60 km do hospital, com baixa capacidade funcional ($KPS \leq 50\%$) e principalmente apresentando múltiplos sintomas, relacionados ao câncer avançado, tratamento oncológico prévio e/ou comorbidades.

O objetivo da Assistência Domiciliar é oferecer avaliação e tratamento adequados desses sintomas para manter o paciente confortável em casa desde o encaminhamento até a fase final da vida, respeitando sua vontade ou a dos familiares, quando o paciente não puder expressar sua vontade.

O teleatendimento, principalmente realizado por enfermeiros e médicos do Núcleo de Apoio da Assistência Domiciliar, inclui consulta e avaliação de sintomas dos pacientes para elaborar um plano terapêutico personalizado, orientações de cuidados, esclarecimento de dúvidas, telemonitoramento, orientações sobre manejo de feridas oncológicas, a antecipação do agendamento de consulta domiciliar presencial em casos de sintomas descontrolados, triagem de situações graves como urgências oncológicas, avaliação da necessidade de suprimentos e identificação da necessidade de avaliação especializada por psicólogos, fisioterapeutas ou assistentes sociais.

Essas atividades são viáveis quando associadas ao teleatendimento em saúde, que nos últimos anos tem demonstrado eficácia e efeitos positivos, tornando-se uma alternativa para cuidados de saúde especializados e remotos, promovendo acessibilidade, redução de custos e efetividade nas consultas clínicas.

Inicialmente, havia incertezas sobre a viabilidade de monitorar os sintomas dos pacientes de forma eficaz e segura, mas observou-se que muitos serviços especializados estavam adotando práticas semelhantes. Tecnologias mais recentes,

como aplicativos e videochamadas, agilizam o processo, permitindo que os profissionais em cuidados paliativos avaliem os sintomas e ofereçam suporte aos pacientes e familiares de maneira segura.

Com o intuito de adaptar o atendimento às necessidades específicas, os profissionais desenvolveram uma nova perspectiva, reconhecendo que, embora a presença física seja importante, é possível fornecer atendimento de qualidade remotamente.

No contexto dos cuidados paliativos e do Ambulatório do HC IV, isso representou um desafio inicial a ser superado. A equipe teve que ajustar os fluxos e criar ferramentas adequadas para o atendimento remoto por telessaúde, analisando como realizar consultas ambulatoriais sem a presença física do paciente, selecionar os pacientes para esse tipo de atendimento e reorganizar a rotina de agendamentos.

Ao longo da experiência com o teleatendimento, foram identificados pontos positivos e negativos que contribuíram gradualmente para a melhoria da rotina de atendimento. Alguns dos principais são:

Vantagens:

1. Redução da necessidade de deslocamento de pacientes e familiares até o hospital.
2. Economia de gastos com transporte, especialmente para pacientes em cuidados paliativos que enfrentam dificuldades com transporte público devido ao estado de saúde.
3. Melhoria da discussão de casos entre a equipe, promovendo interação e união.
4. Continuidade dos cuidados aos pacientes durante a pandemia, evitando que fiquem desassistidos.
5. Estabelecimento de redes com outros serviços de saúde.
6. Validação de receitas e relatórios médicos à distância.
7. Acesso a especialistas em tempo real para discussão de casos complexos.

Desvantagens:

1. Falta de um aplicativo próprio para teleconsultas.
2. Dificuldade de acesso à tecnologia por parte de alguns pacientes e familiares.
3. Dificuldade de comunicação para pacientes com certas condições.
4. Ausência de suporte da Atenção Primária à Saúde.
5. Aumento da demanda ao longo do tempo, sem aumento correspondente na equipe.

Portanto, é utilizado o teleatendimento como uma ferramenta eficaz no acompanhamento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, tanto na Assistência Domiciliar quanto no Ambulatório, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares. Apesar das limitações, os benefícios do teleatendimento têm sido reconhecidos, com boa adesão por parte dos pacientes e familiares, indicando seu potencial para além do contexto da pandemia, desde que respeitadas as regulamentações aplicáveis.

6.5 POSSÍVEIS SOLUÇÕES

Com o passar do tempo vem surgindo bastante ferramentas para melhorar a prestação de serviços e o dia a dia de profissionais e pacientes. O estado do Piauí lançou o programa Piauí Saúde Digital, o qual foi lançado pela primeira vez em Piripiri, interior do estado, no ano de 2023, marcando uma iniciativa pioneira no Brasil.

Seu objetivo principal é superar as barreiras socioeconômicas, culturais e, principalmente, geográficas, para oferecer mais serviços e informações de saúde à população do estado. Atualmente, o projeto está ativo em 31 Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Regional Chagas Rodrigues.

Após o sucesso em Piripiri, o programa expandiu para a cidade de Lagoa de São Francisco em agosto do mesmo ano, onde já está mostrando resultados positivos, como a redução das filas de consultas em várias especialidades.

O Piauí Saúde Digital é um serviço que oferece teleconsultas e telediagnósticos, visando ampliar e aprimorar a rede de serviços de saúde,

especialmente na atenção primária, e sua integração com outros níveis, fortalecendo assim as redes de atenção à saúde do SUS.

Dirceu Campêlo, superintendente de média e alta complexidade da Sesapi, destacou que mais de 200 profissionais foram treinados para oferecer serviços como consultas cardiológicas 24 horas por dia. Ele também mencionou a implantação de um consultório indígena, resultado de uma parceria entre a prefeitura e o estado.

O secretário de Estado da Saúde, Antonio Luiz, enfatizou a posição de destaque do Piauí na inovação em saúde digital, graças à experiência em telessaúde do governo estadual.

O programa Piauí Saúde Digital, visa melhorar a rede de serviços de saúde, especialmente na atenção primária, com o passar do tempo já foram realizados mais de 36.000 atendimentos desde o seu lançamento, incluindo consultas e exames.

O programa oferece consultas em diversas especialidades, como dermatologia, ginecologia, cardiologia, psiquiatria, endocrinologia, pediatria, neurologia, nutrição e psicologia. Além disso, permite que os pacientes sejam atendidos por especialistas sem sair de seu município, facilitando o acesso a exames e diagnósticos.

O sucesso do programa tem chamado a atenção de autoridades, incluindo o ex-governador Wellington Dias, que elogiou a iniciativa como uma revolução no acesso à saúde, especialmente para pessoas em áreas distantes e isoladas.

Investir em tecnologia tem sido uma estratégia fundamental para os governos aprimorarem suas ações administrativas e a oferta de serviços públicos. O Governo está seguindo esse caminho para aumentar a eficiência em áreas-chave como saúde, educação e segurança.

Para aprimorar ainda mais esses serviços, o coordenador de Comunicação do Estado, Allisson Bacelar, participou de um encontro em São Paulo, na terça-feira (4) de 2024, com representantes da empresa especializada em inteligência e inovação em saúde, a Duosystem. O objetivo era conhecer soluções em tecnologia e comunicação.

Durante o encontro, foi apresentado ao representante do Governo do Piauí um sistema desenvolvido pela Duosystem, focado em oferecer inteligência em saúde e outras áreas do serviço público. O sistema permite otimizar tanto a gestão quanto a comunicação com o público dos serviços de saúde, gerenciando o fluxo de atendimentos em hospitais e unidades de saúde, além de auxiliar na regulação de

pacientes e na gestão de medicamentos.

Essa tecnologia já está em uso em complexos reguladores em São Paulo, Mato Grosso do Sul e Goiás, proporcionando soluções inovadoras para promoção e prevenção à saúde.

Por outro lado, o projeto Saúde Digital coloca o Piauí na vanguarda da inovação em saúde digital, aumentando sua visibilidade nacional e internacional e abrindo portas para investimentos, talentos e parcerias estratégicas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da realidade enfrentada pelos pacientes oncológicos no Brasil, é inegável que a disfunção burocrática do estado apresenta uma série de desafios significativos. Esses obstáculos dificultam o acesso aos tratamentos e cuidados essenciais, impactando diretamente a qualidade de vida e os resultados dos pacientes.

No entanto, é importante reconhecer que a burocracia, essencialmente, não é algo negativo, como sugeriu Max Weber. Trata-se de uma forma particular de organizar atividades, com o objetivo de garantir a objetividade e a clareza das regras, sem espaço para preconceitos ou paternalismo. O problema reside nas chamadas "disfunções burocráticas", que prejudicam empresas, indivíduos e, especialmente, os pacientes oncológicos.

Para enfrentar essas questões e garantir um acesso mais justo e eficaz aos cuidados de saúde necessários, é fundamental que o Estado adote medidas que visem simplificar os processos burocráticos. Isso inclui a criação de políticas públicas eficazes, a alocação adequada de recursos financeiros e a promoção da coordenação eficiente dos cuidados de saúde.

Além disso, é essencial que haja uma fonte estável de financiamento para o Sistema Único de Saúde (SUS), para que o gasto público em saúde seja condizente com as necessidades da população. A restrição de despesas públicas, decorrente da Emenda Constitucional 95/2016, representa um desafio adicional, tornando ainda mais preocupante a garantia e a ampliação dos serviços de saúde.

Bem como, o fornecimento de novas ferramentas, como o programa Piauí Saúde Digital, pois representa uma inovação significativa na prestação de serviços de saúde no estado. Ao utilizar tecnologias como teleconsultas e telediagnósticos, o programa visa superar as barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas, proporcionando acesso a serviços e informações de saúde de forma mais ampla e eficiente para a população.

A implementação bem-sucedida do programa demonstra sua capacidade de gerar resultados positivos, como a redução das filas de consultas em diversas especialidades. Esses resultados destacam a eficácia do Piauí Saúde Digital em

melhorar o acesso aos cuidados de saúde, especialmente na atenção primária, enquanto fortalece as redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, essa nova tecnologia representa uma abordagem inovadora e promissora para enfrentar os desafios no fornecimento de serviços de saúde, destacando a importância da integração de tecnologia e saúde para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população.

Portanto, para alcançar uma sociedade mais inclusiva e saudável, é necessário que o Estado brasileiro cumpra seu papel de fornecer acesso gratuito e universal aos serviços de saúde, de forma humanizada, ética e com justiça social. Somente assim, poderemos superar as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços de saúde e garantir o direito de todos à saúde digna e de qualidade.

A burocratização é necessária, mas a disfunção dela é um problema.

8. REFERÊNCIAS

A AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1- 286, junho de 2022. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1_0.pdf> Acesso em: 10/04/2024.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2012.

BARBOZA, N.A.S., RÊGO, T.D.M., BARROS, T.M. **Teoria da burocracia – o papel político e gerencial no setor público de saúde brasileiro**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.6, n.6, p. 34375-34400, junho de 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/11146/9340>>. Acesso em: 17/03/2024.

BEZERRA. Antônio. **Assembleia Legislativa do Estado do Piauí**. Rafael anuncia expansão do programa Piauí Saúde Digital. 2024. Disponível em: <<https://www.al.pi.leg.br/tv/noticias-tv-1/rafael-anuncia-expansao-do-programa-piaui-saude-digital>>. Acesso em: 17/04/2024.

BERCOVICI, Gilberto. Tentativa de instituição da democracia de massas no Brasil: instabilidade constitucional e direitos sociais na Era Vargas (1930-1964). In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. **A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

BONAVIDES, Paulo, 2007a, p. 186 – BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 9.ed.São Paulo: Malheiros, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 3. ed. Coimbra: Almedina, 1999.

DINIZ, W. A. F. **A Judicialização como alternativa para a efetividade do direito social à saúde: discussões acerca da adequabilidade e eficiência da atuação do poder judiciário.** 2018. 114 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Departamento de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba. Santa Rita, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/11560/1/WAFD13062018.pdf>>. Acesso em: 06/03/2024.

DOURADO, Amanda. **Governo do Estado do Piauí.** Programa Piauí Saúde Digital é apresentado na Austrália. Disponível em: <<https://antigo.pi.gov.br/noticias/programa-piaui-saude-digital-e-apresentado-na-australia/>>. Acesso em: 17/04/2024.

DRESCH, Renato. **O acesso à saúde pública e a eficácia das normas da regulação do SUS.** CONAAS. 1 ed. 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITOASAUDE-ART_18.pdf>. Acesso em: 16/04/2024.

FILCHTINER, Mariana. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. 236 p.

FRISCHKNECHT, Daniele. **Simplificação de processos administrativos para o alcance da burocracia mínima viável conciliando os princípios da eficiência e da legalidade: um estudo de caso do processo de desburocratização do conselho nacional de justiça.** 2020. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Centro Universitário de Brasília (UnICEUB). Brasília, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14207/1/Daniele%20Frischknecht%2021554473.pdf>>. Acesso em: 08/03/2024.

FIGUEIREDO, Herberth Costa. **A saúde como direito fundamental: abordagem contextualizada no estado democrático de direito.** 2006. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Direito Constitucional, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006. Disponível em: <<https://uolp.unifor.br/oul/conteudosite/F1066344178/Dissertacao.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2024.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais.** São Paulo: Saraiva, 2006.

LUCION, Maria Cristina Schneider. **O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma demonstração de políticas públicas de promoção ao direito à saúde.** 2016. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Direitos Humanos, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4202/Maria>>. Acesso em: 30 mar. 2024.

LOPES, Maurício Caldas. **Judicialização da Saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

MARTINS, L.A.S.; OLIVEIRA, L.B.M.T. **Análise da burocracia e adhocracia na administração pública: contrapontos de suas aplicações em processos estratégicos do ministério da defesa - estudo de caso da economia compartilhada**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (título de Especialista em Altos Estudos em Defesa) - Escola Superior de Defesa (ESD). Brasília, 2023. Disponível em: https://repositorio.esg.br/bitstream/123456789/1862/1/29%20-%20TCC%20CAED%202023_Luciano%20Alonso%20Santos%20Martins_%20Lara%20Brainer%20Magalh%C3%A3es%20Torres%20De%20Oliveira.pdf. Acesso em: 06/03/2024.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Curso de direito do trabalho: história e teoria geral do direito do trabalho: relações individuais e coletivas do trabalho**. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

ONCOGUIA. **Oncoguia**, 2015, Desafios enfrentados pelo paciente com câncer atendido pelo SUS. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/reportagem-desafios-enfrentados-pelo-paciente-com-cancer-atendido-pelo-sus/1697/8/>. Acesso em: 08/11/2023.

OLIVEIRA, Lavynia Fabrícia Vaz de; DINIZ, Wendson Abraão Fernandes; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. A proteção da dignidade humana diante das novas perspectivas de constitucionalização do direito civil: análise da promoção do direito à saúde dos pacientes com câncer. In: PEREIRA, André Gonçalo Dias; CARDOSO, Henrique Ribeiro; FEITOSA, Maria Luiza Pereira de Alencar Mayer. **Hipervulnerabilidade, saúde e humanização do direito civil constitucional**. Campina Grande: Eduepb, 2017. p. 205.

PEREIRA, D.V.O., GOMES, M. L.F. **Dificuldades encontradas pelos pacientes oncológicos: uma revisão integrativa**. [s.d.], [s.d.] Disponível em: <https://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EON/EON02/PEREIRA-dislene-vasco-o-liveira.pdf>. Acesso em: 17/03/2024.

MARTINS, A.K., OLIVEIRA, D.A.S. **República**, 2023, Acabar com excesso de burocracia é garantir mais serviços a brasileiros. Disponível em: <https://república.org/emnotas/conteudo/acabar-com-excesso-de-burocracia-e-garantir-mais-servicos-a-brasileiros/>. Acesso em: 18/03/2024.

Portal Agora Sim. Governador anuncia expansão do programa Piauí Saúde Digital. 2024. Disponível em: <https://portalagorasim.com.br/noticia/geral/governador-anuncia-expansao-do-programa-piaui-saude-digital-2089.html>. Acesso em: 17/04/2024.

REISSINGER, Simone. **Aspectos controvertidos do Direito à saúde na Constituição Brasileira de 1988**. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: https://bib.pucminas.br/teses/Direito_ReissingerS_1.pdf. Acesso em: 30 mar. 2018.

SABINO, Aleidiano. **Governo do Estado do Piauí**. Piauí investe em tecnologia e inovação para melhoria dos serviços públicos. Disponível em: <<https://antigo.pi.gov.br/noticias/piaui-investe-em-tecnologia-e-inovacao-para-melhoria-dos-servicos-publicos/>>. Acesso em: 14/04/2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SESAPI. **Portal da Saúde**. 2023. Programa Piauí Saúde Digital é apresentado em Simpósio Internacional do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.pi.gov.br/noticias/2023-10-03/12217/programa-piaui-saude-digital-e-apresentado-em-simposio-internacional-do-ministerio-da-saude.html>>. Acesso em: 17/04/2024.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 35. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

SILVA, Emanuel. **Burocracia e administração pública: relevância para o estado brasileiro**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Administração Pública) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://repository.ufrpe.br/bitstream/123456789/3696/1/tcc_art_emanouelfilipebezeradasilva.pdf>. Acesso em: 07/03/2024.

TADEU, Francisco. **JusBrasil**, 2014, Pacientes com câncer enfrentam dificuldades por não conhecerem seus direitos. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/29155/pacientes-com-cancer-enfrentam-dificuldades-por-nao-conhecerem-seus-direitos>>. Acesso em: 08/11/2023.