



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

FLÁVIA BRASIL CLAUDINO MEDEIROS

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E OS
DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DA LEI Nº 12.732/12-ESTUDO DE CASO:
HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO**

**JOÃO PESSOA
2025**

FLÁVIA BRASIL CLAUDINO MEDEIROS

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E OS
DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DA LEI Nº 12.732/12-ESTUDO DE CASO:
HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
à obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientador: Dr. José Guilherme Ferraz da
Costa

**JOÃO PESSOA
2025**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M 488j Medeiros, Flavia Brasil Claudino.

A judicialização do direito ao tratamento oncológico e os desafios da efetivação da Lei n. 12.732/12 - estudo de caso: Hospital Napoleão Laureano / Flavia Brasil Claudino Medeiros. - João Pessoa, 2025.
83 f.

Orientação: José Guilherme Ferraz da Costa.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Judicialização; Direito à saúde; Tratamento. 2. Direito à saúde. 3. Tratamento oncológico. I. Costa, José Guilherme Ferraz da. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

FLÁVIA BRASIL CLAUDINO MEDEIROS

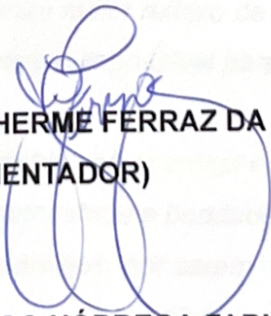
**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E OS
DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DA LEI Nº 12.732/12-ESTUDO DE CASO:
HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
à obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientador: Dr. José Guilherme Ferraz da
Costa

DATA DA APROVAÇÃO: 01 DE OUTUBRO DE 2025

BANCA EXAMINADORA:

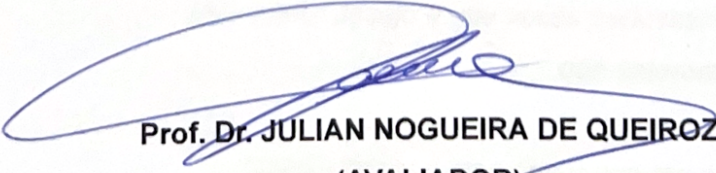

Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME FERRAZ DA COSTA
(ORIENTADOR)

RODRIGO
NOBREGA

FARIAS:0012488
8445

Assinado de forma
digital por RODRIGO
NOBREGA
FARIAS:00124888445
Dados: 2025.10.02
13:50:19 -03'00'

Prof. Dr. RODRIGO NÓBREGA FARIAS
(AVALIADOR)


Prof. Dr. JULIAN NOGUEIRA DE QUEIROZ
(AVALIADOR)

*Ao meu Deus, por ser tudo que tenho de mais precioso, e
guiar-me nos dias mais difíceis. Não há nada em mim que não
busque refletir Seu Amor. Que este trabalho seja apenas uma
resposta desta caminhada.*

*À minha família, meu maior reflexo de amor e unidade, gratidão
por sempre fazerem o impossível para me ver feliz. Amo vocês
com todo meu coração.*

*À minha mãe, minha melhor amiga e exemplo. Você é fruto da
generosidade e bondade do Senhor para comigo.*

*Aos meus amigos, por serem meu refúgio, minha vida é
brilhante quando estou com vocês.*

*Aos meus avós, que são as melhores pessoas que já conheci.
Meu maior desejo é que vocês pudessem estar aqui, mas sei
que estaremos unidos em amor.*

*“Quero trazer à memória o que me pode dar esperança”.
(Lamentações 3:21)*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por ser a razão dos meus dias e me sustentar nesta caminhada. Refletir o seu amor é o motivo de todas as minhas realizações, e não há somente uma linha que eu não busque demonstrá-lo. Fomos por muitos dias, só eu e o Senhor, e como sou grato por todos eles que me guiaram até aqui.

A minha mãe, Magda, que além de ser minha inspiração de vida, força e dedicação, é também minha melhor amiga e incentivadora. As palavras mais lindas e generosas do mundo jamais poderiam exprimir minimamente o meu amor e gratidão por ti. Nada seria possível sem você, absolutamente nada.

Ao meu irmão Davi, que é minha referência de esforço e perseverança. Sou eternamente grata por partilhar esta vida contigo, e poder te ter em todas as fases da vida. Obrigada por sempre me impulsionar.

Ao meu pai João Flávio, por ser sempre carinhoso nas palavras, e nunca me permitir desistir. Esta caminhada se tornou mais leve ao tê-lo sempre comigo, e o seu amor me abraçou nos momentos difíceis.

Aos meus tios, Ângela, Claudino e Saulo, que tenho como porto seguro nos momentos difíceis, e me acolhem com imenso amor no cotidiano. Minha sincera gratidão por acreditarem em mim, mesmo quando eu não acreditava.

Aos meus avós, (*in memoriam*), por serem os amores da minha vida. Não há um dia se quer que não pense em vocês, e no desejo genuíno de estarem comigo neste momento. Mas amor é sentimento eterno e ligação que não se finda, por isso, em amor, continuamos unidos em todos esses dias. Minha gratidão por serem meus exemplos.

Ao meu orientador e professor José Guilherme, por ser referência não somente como profissional, mas principalmente como ser humano. Seu empenho, profissionalismo, excelência e sensibilidade me motivam no mundo jurídico. Obrigada por todo tempo disponibilizado para me acompanhar neste trabalho, e por ser um exemplo nesta jornada.

As minhas amigas Thainá e Duda, por sempre estarem comigo, em todos os momentos. Nossa conexão é uma das coisas mais preciosas que tenho, e que possamos permanecer sempre unidas, vivenciando cada conquista umas das outras. Não existe uma vida feliz sem a amizade de vocês. Amo-as infinitamente.

Aos meus presentes Giu e Lara, por serem uma amizade sólida e fiel. Ter vocês comigo, em cada passo dessa jornada, é ter a certeza em mim que jamais estou sozinha. Minha admiração, amor e gratidão por vocês é imensa. Obrigada por disponibilizarem tanta luz em minha vida, através da companhia e entrega.

A minha amiga Maria de Fátima, por ser bem mais que uma parceira de estudos, mas verdadeiramente minha irmã de coração. Minha eterna gratidão e amor por tudo que significas para mim. Admiro cada detalhe da sua trajetória. Nossa amizade é o laço eterno que o Senhor me presenteou. Jamais estaria aqui sem você e sua torcida.

A minha amiga Manu, por ser minha inspiração de fé e amor. Sou grata eternamente por nossa ligação única, e por poder contar com você. Amo você e te admiro em cada detalhe da sua vida. Obrigada por toda compreensão e apoio, e também por sempre me fazer sentir pertencente e compreendida.

Aos meus amigos da faculdade, e em especial, a Aimee, Helena, Lucas e Marília, por demonstrarem a mais pura essência da amizade e parceria. A vida com vocês é leveza constante, apoio incondicional e risadas íntimas, as quais advém da alma, e revelam a felicidade de os ter comigo. Amo cada um de vocês.

Aos meus amigos de infância, Anderson, Camila e Yan, que são abrigo nos momentos difíceis, e sinônimo de família. Ter vocês comigo é alegria incondicional. Sou infinitamente grata por todas as vezes que seguraram minha mão, me deram forças e acreditaram em mim. À vocês, todo meu amor.

As irmãs que ganhei por uma família na fé, Rafa e Lorena, vocês são únicas e me revelam o amor de Deus por mim. Minha eterna gratidão por nossa amizade.

A minha amiga de infância Bia Guerra, por ser meu apoio mesmo que distante, e por me mostrar que estar presente é mais que físico, é conexão que não se esvai. Obrigada por todo apoio. Amo você e nossa amizade.

Aos meus amigos que fiz pela vida, Júlia, Lara Costa, Diego, Ravi, Isadora, Julieta, por colorirem a minha vida e me entregarem companheirismo constante. Obrigada por me reabastecerem na rotina, e deixar a vida mais leve.

As minhas amigas Georgia, Mari Braga, Lorena, Bianca, Letícia e Duda Galdino, por permanecerem na minha vida e serem verdadeiras alegrias nos momentos difíceis. Meu sincero obrigado.

As minhas amigas Carolina Tiburtino, Rebeca e Raquel, por serem meus anjos e confidentes. Obrigada por estarem comigo neste tempo, e por serem

verdadeiras cúmplices de risadas, e ombro amigo nas tristezas. Amo-as com todo meu coração.

A minha amiga e irmã de coração, Luiza Ribeiro, por sempre me presentear com sua presença e amor. Nossa amizade sempre foi meu refúgio dos dias nebulosos. Obrigada por estar sempre presente. Amo-te muito.

As minhas amigas estagiárias do MPF, Isadora e Lais, por compartilhar os dias e almoços comigo, e me entregarem alegria e apoio nestes momentos. Vocês são referência para mim. Obrigada por tudo.

Aos meus professores e mestres do curso de direito. Estudar em uma universidade pública me formou muito além do que uma profissional, mas me fez construir um senso de justiça social e humanidade, os quais levarei ao resto da vida. A todos que passaram por essa formação acadêmica, de maneira presencial ou remota, minha gratidão.

A todos os meus colegas de estágio no MPF, Joana, Klebson e Danillo, por reproduzirem excelência em tudo que fazem, me ensinar e guiar por esta jornada acadêmica. Os dias com vocês eram leves e felizes. Obrigada por todo apoio e parceria nesta caminhada.

Ao meu ex-coordenador de estágio, Rodrigo Farias, por transformar-se em uma referência para mim, de competência e excelência. Obrigada por me ensinar tanto.

Por fim, a todos os colegas de curso que passaram por esta jornada, e que direta ou indiretamente, me ajudaram com uma palavra, sorriso ou incentivo. A vida é construção coletiva, e todos vocês fazem parte desta jornada. Meu mais sincero obrigado.

*“É preciso sair da ilha para ver a ilha. Não nos
vemos se não saímos de nós.”*

José Saramago

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar o fenômeno da judicialização como instrumento de efetivação da Lei nº 12.732/12 (*Lei dos sessenta dias*), tendo por base o estudo de caso do Hospital Napoleão Laureano, por intermédio de seu pedido de tutela antecipada realizado pelo Ministério Público Federal, a fim de garantir o tratamento oncológico dos pacientes no prazo estimado de sessenta dias. O direito à saúde é considerado direito fundamental, consagrado no art. 6º da Constituição da República, bem como em Tratados Internacionais, e possui efetividade através da rede pública e universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), com força na Lei nº 8.080/96. O direito ao tratamento oncológico em prazo tempestivo, determinado pela Lei nº 12.732/12, coaduna com a concretização do direito à saúde, mas enfrenta diversos obstáculos em sua imposição fática. A partir da análise do sistema de saúde oncológico, da responsabilidade solidária dos entes federativos, e o entendimento do financiamento do sistema de saúde, com estudo de Portarias do Ministério da Saúde e legislações infraconstitucionais, foi possível mapear as problemáticas que impedem a efetivação da Lei nº 12.732/12, e como o Poder Judiciário tem auxiliado no afastamento destas questões. Em razão disto, o presente trabalho busca detalhar, de forma concreta, esta ação do Judiciário como instrumento concretizador das políticas públicas voltadas ao tratamento oncológico em prazo determinado, com base na Lei nº 12.732/12. A fim de embasar este trabalho, foi realizada pesquisa bibliográfica e uso de legislações nacionais, tratados internacionais, doutrinas, artigos acadêmicos, teses, reportagens, informativos e demais fontes de pesquisa teórica.

Palavras-chave: Judicialização; Direito à saúde; Tratamento oncológico; Lei nº 12.732/12.

ABSTRACT

The present work aims to analyze the phenomenon of judicialization as an instrument for effecting the Law n° 12.732/12 (Law of sixty days), based on the case study of the Hospital Napoleão Laureano, through its request for advance protection made by the Federal Public Prosecutor's Office, in order to guarantee the oncologic treatment of patients within an estimated period of sixty days. The right to health is considered a fundamental right, enshrined in art. 6th of the Constitution of the Republic, as well as in International Treaties, and has effectiveness through the public and universal health network, the Unified Health System (SUS), with force in Law no. 8.080/96. The right to timely oncological treatment, determined by Law no. 12.732/12, is consistent with the realization of the right to health, but faces several obstacles in its factual imposition. Based on the analysis of the oncological health system, the joint responsibility of the federal entities, and the understanding of the financing of the health system, with a study of Ministry of Health Ordinances and infra-constitutional legislations, was possible to map the problems that prevent the effectiveness of Law n° 12.732/12, and how the Judiciary has assisted in the removal of these issues. For this reason, the present work seeks to detail, in a concrete way, this action of the Judiciary as a concretizing instrument of public policies aimed at cancer treatment in a given time frame, based on Law no. 12.732/12. In order to support this work, a bibliographical research was carried out and the use of national legislation, international treaties, doctrines, academic articles, theses, reports, information and other sources of theoretical research.

Keywords: Judicialization; Right to health; Cancer treatment; Law no 12.732/12.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regionais
COMAP – Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
CRFB/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INCA – Instituto Nacional de Câncer
MAC – Média e Alta Complexidade
MPF – Ministério Público Federal
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PIDESC – Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNPCC – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
SAES – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO.....	17
2.1 A GARANTIA CONSTITUCIONAL E INTERNACIONAL DO DIREITO À SAÚDE.....	17
2.2 O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)- LEI N °8.080/90.20	23
2.3 A ATUAÇÃO ESTATAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE E AS DEMANDAS DE ALTA COMPLEXIDADE.....	28
3 O DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO À LUZ DA LEI N° 12.732/12.....	30
3.1 O PANORAMA FÁTICO E HODIERNO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SUS	31
3.2 ANÁLISE DA LEI 12.732/12 E PRINCIPAIS CONCEITOS: O TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA E RESPECTIVO PRAZO PARA INÍCIO.....	35
3.3 OS PRINCIPAIS DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DA LEI N° 12.732 : UMA PERSPECTIVA DA ATUAÇÃO ESTATAL FRENTE AOS DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	38
4. A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PELA LEI N°12.732/12.....	42
4.1 ANÁLISE DO CENÁRIO DE JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: A RESPONSABILIZAÇÃO DOS ENTES FRENTE ÀS OMISSÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	44
4.2 A EFETIVIDADE DA VIA JUDICIAL PARA GARANTIA DA APLICAÇÃO DA LEI N° 12.732: PERSPECTIVA DAS TUTELAS COLETIVA E INDIVIDUAL.....	47
5. ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO EM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA ANTECEDENTE (n° 0812231-24.2019.4.05.8200).....	54
5.1 O CENÁRIO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NA PARAÍBA E AS PROBLEMÁTICAS DO HOSPITAL LAUREANO.....	55
5.2 O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E A JUDICIALIZAÇÃO DO CASO.....	57

5.3 O EXAME DA APLICABILIDADE DA LEI N° 12.732/12 NO CASO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO CONCEDIDO PELO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO.....	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	74

1 INTRODUÇÃO

A obra “ *O Imperador de Todos os Males: Uma Biografia do Câncer*”, do autor, médico e oncologista Siddhartha Mukherjee, traz a concepção, história e raciocínio filosófico acerca do câncer, através de uma pergunta central durante toda sua narrativa: “*é possível vencer o câncer?*”.

Na perspectiva traduzida como resposta do autor, a afirmação se baseia não em uma vitória definitiva ou erradicação, posto não ser possível, mas em uma estrutura de controle, através da prevenção, tratamento adequado e individualizado, e principalmente, de um diagnóstico precoce.

A Lei nº 12.732/12 traduz este entendimento de maneira clara, uma vez que institui a regra jurídica de início do tratamento médico oncológico, seja por meio da quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia, em um prazo máximo de 60 (sessenta) dias pelo SUS, contados a partir do diagnóstico firmado em laudo, havendo ainda, previsão de menor período caso haja necessidade apontada ao paciente.

Este período foi escolhido como um denominador comum entre o tempo de espera possível do paciente, fator crucial em suas possibilidades de cura e recuperação, e o componente de recursos financeiros do Estado para atender estas demandas de alta complexidade. Todavia, ainda havendo legislação com clareza e vigor sobre o prazo, esta vem sendo repetidamente descumprida pela esfera estatal.

A Constituição da República de 1988 garante o acesso à saúde como um direito fundamental, esmiuçando inclusive as políticas e diretrizes dessa área, realizadas pelo sistema único de saúde. Ademais, a própria legislação infraconstitucional, bem como os Tratados Internacionais, evidenciam a saúde como um direito básico dos cidadãos e a necessidade das afirmações positivas do Estado em sua garantia.

Apesar de todo positivismo legal inerente ao direito ao tratamento oncológico, calcado no direito à saúde, a efetivação da Lei nº 12.732/12 encontra diversos obstáculos, uma vez que enquadra-se em acesso a tratamentos de atenção de saúde de alta complexidade, que necessitam de investimentos elevados e estrutura organizacional eficiente.

Ainda que o sistema único de saúde seja regionalizado, e vise o equânime atendimento para toda população nacional, as desigualdades regionais e

distanciamentos do qualitativo de saúde são os elementos presentes no cenário da saúde oncológica no Brasil.

Desde o diagnóstico tardio até a entrada em fila para tratamento oncológico pelo SUS são fatores indissociáveis na ineficácia da Lei nº12.732/12, uma vez que trata-se de uma rede funcional, que depende de uma regulação integral de todas as gestões, iniciando no diagnóstico ágil.

Em razão desta ausência, o fenômeno da judicialização do direito ao tratamento oncológico está em alta no Brasil, frente a ineficácia da rede oncológica no SUS no que tange aos procedimentos de alta complexidade, como quimioterapia, radioterapia e imunoterapia.

O sistema judiciário, baseado na Lei nº 12.732/12 e nas demais legislações pertinentes a estruturação do SUS (Lei nº 8.080/90), tem se mostrado como um intermediador da construção das políticas públicas voltadas ao tratamento oncológico tempestivo, uma vez que através de suas decisões, têm atribuído à responsabilização devida aos entes omissos.

Nesta construção, o trabalho analisará tanto as perspectivas dos elementos judiciais utilizados para responsabilização dos entes federados, quanto nas respostas de atuação de tutela individual e coletiva, demonstrando quais os impactos desta demanda.

Por fim, será analisado o estudo de caso do Hospital Napoleão Laureano, através da análise do pedido de tutela antecipada nº0812231-24.2019.4.05.8200, ajuizado pelo Ministério Público Federal, através de sua atuação na defesa da saúde pública dos pacientes oncológicos no estado da Paraíba.

Os efeitos concretos dessa judicialização do estudo de caso serão demonstrados, bem como todos os obstáculos enfrentados pelo cenário de saúde pública oncológica e as demandas de alta complexidade na Paraíba, como verdadeiros empecilhos da efetivação da Lei nº12.732/12.

A presente pesquisa tem como intuito responder o seguinte questionamento: “ *A Judicialização tem demonstrado ser um meio garantidor da efetivação da Lei nº 12.732/12?*”. Mediante esta norteadora pergunta, irá ser descrito o fenômeno presente em toda esfera de saúde, não estando ausente nas questões de tratamento oncológico, que é o binômio da suposta insuficiência de recursos frente à necessidade de construção das políticas públicas na garantia da Lei nº12.732/12.

Dessa forma, não irá tratar-se de interpretação legislativa, tampouco do preenchimento de alguma lacuna, uma vez que a legislação existente é exata e clara ao determinar prazo para início do tratamento oncológico, sendo analisada, portanto, a ponderação apenas de sua aplicabilidade nos entornos das políticas públicas, por intermédio das decisões judiciais.

2. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO

No período colonial e imperial no Brasil, a saúde era instituída como um sistema excludente, em que somente as camadas mais altas da sociedade possuíam acesso, constituindo-se como um verdadeiro interesse privado. Tal cenário perdurou até o período da ditadura militar, em que prevalecia uma espécie de saúde lucrativa ao setor privado, em que as atividades assistenciais disponíveis aos trabalhadores limitavam-se aos integrantes do sistema previdenciário, excluindo assim, a camada social de menor renda da população. (NARVAI, p. 30, 2022).

Somente a partir da Reforma Sanitária, iniciada nos anos 70, foi que a concepção sobre saúde começou a modificar, surgindo então, os ideais de democratização da saúde através do acesso universal e igualitário, bem como a garantia de um sistema único com a devida participação social. Em razão do surgimento e contribuição deste movimento, o processo constituinte integrou no rol dos direitos sociais um novo conceito de saúde, regendo igualmente uma nova ordem sistemática deste direito. (NARVAI, p.42, 2022).

Na respectiva construção da Constituição de 1988 e sua cosmovisão cidadã, os direitos fundamentais foram devidamente construídos e divididos por dimensões, considerando o direito à saúde como um direito social elencado na segunda dimensão, os quais dentre eles, abarcam os direitos positivos de prestação estatal na categoria de norma programática, a fim de garantir um Estado do bem estar social e o princípio da dignidade humana. (MIRANDA; BONAVIDES; AGRA; p. 363, 2009).

Portanto, neste capítulo, será tratado sobre a garantia constitucional do direito à saúde pela perspectiva da universalidade, bem como a concepção internacional deste direito primordial e sua fundamentalidade na garantia dos outros direitos propriamente ditos.

2.1 A GARANTIA CONSTITUCIONAL E INTERNACIONAL DO DIREITO À SAÚDE

Em razão da nova ordem constitucional, e com o reconhecimento dos direitos coletivos do cidadão, o direito à saúde passa a ter caráter fundamental englobado no sistema social da constituinte brasileira. No que tange a este aspecto, José Afonso da Silva destaca:

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só na atual Constituição de 1988 tenha sido elevado à condição de direito fundamental do homem. **E há de informar-se pelo princípio de que o direito à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno no acordo com o estado atual da Ciência Médica, independentemente de sua situação econômica**, sob pena de não ter muito valor sua consagração em normas constitucionais. (SILVA, 2008, p. 185) (Grifo Nosso).

Neste contexto, os direitos sociais possuem diferentes atuações, sendo divididos em direitos sociais negativos, direitos sociais de ordem econômica, e direitos sociais de caráter positivos, também reconhecido como direito à prestação positiva, e que é nesta última vertente que o direito à saúde se faz presente.

O direito à saúde é visto como um direito prestacional, e que em um sentido completo a sua garantia está intrinsecamente ligada ao mínimo existencial, abarcando uma prestação fática que significa uma atuação positiva do Estado no cumprimento de suas obrigações de proteção, decorrentes diretamente das atividades características de um Estado Democrático de Direito. (ALEXY, p. 493, 1986).

Ademais, de acordo com os ensinamentos de Ingo Sarlet (2018, p. 292), os direitos sociais de caráter prestacional positivo, - no qual o direito à saúde está presente - encontra sua força nesta atuação estatal, através da distribuição de recursos, diferentemente dos direitos de liberdade, também chamados como direitos de defesa, que prezam pela proteção de possíveis proibições e restrições às garantias individuais e versam sobre igualdade abstrata. Observa-se:

Os direitos sociais a prestações, ao contrário dos direitos de defesa, não se dirigem à proteção da liberdade e igualdade abstrata, mas, sim, como já assinalado alhures, encontram-se intimamente vinculados às tarefas de melhoria, distribuição e redistribuição dos recursos existentes, bem como à criação de bens essenciais não disponíveis. (SARLET, 2018, p. 292)

Nesta perspectiva, a Constituição de 1988 consagrou, em seu Capítulo II devidamente intitulado “Direitos Sociais”, dois aspectos fundamentais do direito à saúde, sendo estes a universalidade e a prestação positiva do Estado, especificamente através do art. 6º, trazendo o direito à saúde como sendo um direito social e enfatizando o dever positivo do Estado na garantia e acesso de todos à saúde em seu art. 196, *in verbis*:

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. (Brasil, 1988)

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 a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

Ainda acerca do aspecto constitucional deste bem jurídico, admite-se o estabelecimento de alguns pontos que a saúde deve buscar, extraídos da Constituição da República, da legislação pátria e doutrina majoritária extraída da autora Ieda Cury, os quais são: a atenção ao serviço de saneamento básico (art. 23, inciso IX da CRFB/88); atendimento materno-infantil (art. 227, inciso I da CRFB/88 e art. 9º da Lei nº 8.069/90); a efetivação da medicina preventiva (art. 198, inciso II da CRFB/88); e ações que visem a prevenção epidemiológica (art. 200, inciso II); bem como outros aspectos pormenorizados elencados entre os arts. 196 ao 200 da CRFB/88. (CURY, 2005, p. 95).

Estes pilares garantem uma harmonização da atuação estatal na área da saúde, pois na medida que visam o atendimento aos cidadãos acometidos pelas doenças existentes, através do asseguramento de tratamento especializado e da prescrição de medicações, também preocupam-se na contenção de futuras epidemias, por intermédio da vacinação e cuidado com saneamento básico.

A partir deste entendimento e consagração do direito à saúde na esfera constitucional, é cabível asseverar que, a saúde é um direito com múltiplos objetivos, podendo ser dividido nas seguintes dimensões de alcance: a saúde curativa, ao referir-se às formas de melhoria e tratamento de enfermidades; a saúde preventiva, ao tratar da redução dos riscos de doenças; e a saúde promocional, ao tratar das ações que visam a melhoria da qualidade de vida, não só em seu aspecto físico, mas psíquico.

Não obstante, a importância do direito à saúde encontra ligação inerente com o princípio da dignidade da pessoa humana, a qual é fundamento do Estado Democrático de Direito em que se estabelece a Carta Magna, uma vez que se relaciona com o direito à vida e a garantia de condições existenciais mínimas para uma vida saudável. (SARLET, 2002, p. 62).

A condição e reconhecimento da dignidade humana como indicador fundamental interpretativo de todos os direitos fundamentais, assim como parâmetro de aplicabilidade, constitui uma noção objetiva de valores dentro da ordem constitucional em que o direito à saúde está presente. Sendo assim, trata-se de uma

dependência de pressupostos fundamentais, sendo indissociável a garantia da saúde com a proteção da dignidade humana.

Ademais, o direito à saúde é uma garantia fundamental constituída também na esfera internacional, e consagrado em diversos Tratados e Pactos convencionados acerca dos direitos humanos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos elenca em seu art. 25 este direito, destacando seu caráter universal:

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.

Neste íterim, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), devidamente internalizado pelo Decreto-legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991, e promulgado pelo Decreto nº 591, de 06 de julho de 1992, também evidencia este direito e concede uma definição ainda mais precisa da saúde em seu art. 12, abrangendo medidas que envolvem mortalidade infantil, desenvolvimento dos infantes, mortinatalidade, sanitarismo, higiene laboral, prevenção, tratamento e assistência. Analisa-se:

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortinatalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) **A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;**
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. **(Grifo Nosso).**

Ainda, o próprio princípio e conceito de saúde proporcionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que esta zela por um completo bem estar físico, mental e social, em seu grau máximo de zelo. Tal concepção demonstra a harmonia das definições deste direito, e a busca de uma proteção à saúde não

somente atuante na contenção de enfermidades, mas na busca pela promoção da qualidade de vida dos cidadãos, constituindo um sentido amplo e positivo de saúde.

Outrossim, existem alguns outros tratados, documentos e planos internacionais que versam e reconhecem acerca da garantia à saúde. O Protocolo de San Salvador (Convenção Americana de Direitos Humanos), estabelecido em 1988, é um dos mais importantes tratados em vigor no Brasil, e estabelece obrigações de proteção à saúde aos países da América Latina e Caribe. É possível, portanto, observar o disposto no Artigo 10 sobre direito à saúde no Protocolo de San Salvador:

Artigo 10

Direito à Saúde

1. Toda pessoa têm direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tomar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito:
 - a) assistência primária a saúde, entendendo-se como tal à assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c) total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d) prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e) educação da população com referência à prevenção e ao tratamento dos problemas da saúde; e
 - f) satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

Também é de suma importância destacar que existem tratados em vigor no País que versam sobre aspectos do direito à saúde em contextos específicos, como a Convenção Internacional sobre Direitos das Pessoas com Deficiência de 2007, incorporado no Brasil por intermédio do Decreto nº 6.949/2009, e que tratam no Artigo 25, todas as medidas necessárias pelos Estados Partes para garantir o gozo do estado de saúde mais elevado possível, sem qualquer discriminação em razão da deficiência. (BRASIL, 2009).

Não obstante, existem no Estado Brasileiro também os Tratados de determinadas condições e que trazem o direito à saúde como uma prerrogativa em seus dispositivos, como a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979, incorporada à legislação pátria por meio do Decreto nº 4.377/02 (BRASIL, 2002), bem como a Convenção sobre Direitos da Criança, integrada pelo Decreto nº 99.710/90. (BRASIL, 1990).

Igualmente, a Agenda 2030 da ONU estabeleceu em seu plano global como um de objetivos, o desenvolvimento e a garantia de uma vida saudável, buscando o bem estar a todos, trazido no terceiro objetivo desta agenda intitulado “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável”. (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2025).

Destarte, tanto no viés internacional como no aspecto constitucional, existe uma necessidade de garantir o direito à saúde por meio do Poder Público. Esta proteção, a fim de ser concretizada, deve buscar uma atuação estatal integrada e organizada com seus recursos financeiros e sanitários, bem como a regulação da participação e controle social do sistema de saúde de maneira gradativa, conforme a disponibilidade orçamentária pública, respeitando assim, a progressividade dos direitos sociais.

Por isto, a jurista e doutora Flávia Piovesan (2025, p.195) destaca que os direitos econômicos, sociais e culturais - nos quais o direito à saúde encontra-se - estabelece uma obrigação de alcance progressivo em razoável período de tempo, utilizando este entendimento para estudar a concretização dos direitos elencados no PIDESC. Aduz, igualmente, que esta aplicação progressiva resulta em uma cláusula de proibição do retrocesso social, como também da proibição da inação ou omissão estatal.

Neste aspecto, é possível concluir e enfatizar que os Estados não podem utilizar-se da implementação progressiva para não atuarem em prol destes direitos, cabendo a estes o ônus probatório. A autora Flávia Piovesan assim afirma:

“Vale dizer, a progressividade dos direitos econômicos, sociais e culturais proíbe o retrocesso ou a redução de políticas públicas voltadas à garantia de tais direitos, cabendo ao Estado o **ônus da prova. Isto é, em face do princípio da inversão do ônus da prova, deve o Estado comprovar que todas as medidas necessárias — utilizando o máximo de recursos disponíveis — têm sido adotadas no sentido de progressivamente implementar os direitos econômicos, sociais e culturais enunciados no Pacto**” (PIOVESAN, 2025, p. 195). (Grifo Nosso).

Percebe-se nesta construção lógica, a afirmação categórica da atuação positiva do Estado mediante as políticas públicas, a fim de que os direitos sociais não sejam meros imperativos legais, ou força de lei abstrata, mas uma realidade social palpável, alicerçada em uma atividade progressiva da implementação dos direitos sociais, afastando-se assim, qualquer cenário de inércia ou ausência do Poder Público.

Por isto, fica evidente que a fundamentalidade do direito à saúde e a necessidade de sua máxima proteção, sob a égide dos princípios da universalidade, integralidade e descentralização, é uma garantia positivada no ordenamento jurídico constitucional e internacional, através não somente da Constituição da República de 1988 e dos Tratados e Protocolos Internacionais, mas também da legislação esparsa acerca do sistema de saúde.

2.2 O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)- LEI N°8.080/90

Em razão dos pressupostos constitucionais, o direito à saúde obteve como base principiológica a universalidade, que traduz um entendimento de que o acesso deve ser universal a todos os cidadãos, sem distinções de qualquer espécie, e que este deve ser devidamente garantido pelo Estado em uma esteira igualitária de oportunidades de gozo, nas diferentes regiões do Brasil.

Neste entendimento, extrai-se o enunciado pelo autor Felipe Dutra Asensi acerca deste princípio:

“princípio da universalidade diz respeito ao reconhecimento da saúde enquanto um direito fundamental de todo e qualquer ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o efetivo acesso a atenção e a assistência da saúde em todos os níveis de complexidade”. (ASENSI, 2012, p. 1).

A partir deste conceito de universalidade, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com base jurídica na Lei n° 8.080/1990, e que se fundamenta não somente neste princípio, mas considera os ideais da equidade, integralidade e participação social. Este sistema foi criado com intuito de promover um acesso igualitário às mais diversas ferramentas de saúde, abrangendo desde o atendimento médico-hospitalar, até políticas de prevenção, tratamentos cirúrgicos, vacinação e demais medidas.

Todavia, cabe salientar que a integralidade presente deve seguir os princípios da eficiência e da razoabilidade, a partir da gestão pública segura e estabelecimento de prioridades das atividades de competência do SUS. Também, este princípio refere-se ao exercício efetivo do direito ao sus, relacionável com a expressão do mínimo existencial e a expressão do direito a uma vida digna (CASTRO, 2012, p. 264).

A Constituição Federal, em seu art. 198, estabelece que esse sistema único, baseado nestes princípios, deve então ser organizado por ações e serviços públicos de saúde que integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, baseada em diretrizes. Observa-se no texto constitucional:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [\(Vide ADPF 672\)](#)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

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

III - participação da comunidade.

Destaca-se, nesta dimensão, o art. 7º da Lei nº 8080/90 que orienta as ações e serviços públicos e privados contratados ou conveniados ao SUS sob a ótica dos princípios do art. 196 da CFRB/88:

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

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

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

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

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

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

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

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades,

a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade; (Grifo Nosso).

Na perspectiva da organização descentralizada, cria-se uma regionalização dos serviços de saúde organizados na complexidade e disposição geográfica delimitada, definindo a população atendida e suas necessidades. Tal aspecto endossa uma eficiência das políticas públicas por intermédio da aproximação da realidade social daquela região. (FARIAS, 2018, pag. 77).

Ainda, é praticável fundamentar pela legislação atestada, que o SUS deve visar uma organização construída nas novas oportunidades, a fim de prestar o melhor atendimento disponível de acordo com as possibilidades modernas, baseados em comprovações científicas e medicinais, visando um caráter renovador e equânime dos serviços de saúde.

No que concerne à participação social, também elencada no texto constitucional e da lei ordinária, esta pretende realizar espaços democráticos de construção de políticas de Saúde, com intuito de orientação. Por esta exposição, houve a criação da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na própria gestão do SUS, através da criação de instâncias colegiadas. Analisa-se os dispositivos seguintes:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Contudo, para que o Estado possa garantir estas medidas é necessário uma regulamentação financeira das despesas e custos. Em razão disso, constituído pelo

Decreto- Lei nº 64.867/69, e devidamente reestruturado pelo Decreto nº 3.964/01 o Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi criado como gestor de recursos das despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde e das demais entidades da administração direta e indireta do SUS, e tem como base legal a própria Lei nº 8.080/90 (arts. 33 e 34), a Lei nº 8.142/90 (arts. 2º. e 27) e também a Lei nº 9.656/98 (art. 32). (BRASIL, 2001).

O Fundo de Saúde tem como objetivo a orientação e disponibilidade de informações de custeio e investimentos na saúde, tendo o Plano Nacional de Saúde e o Planejamento Anual do Ministério da Saúde como base de orientação das divisões. O capital devidamente auferido no FNS é transferido aos estados, Distrito Federal e municípios, para que possam de forma regionalizada aplicar o orçamento em ações e serviços da rede de saúde pública.

Dessa forma, surge a Lei Complementar 141/2012, regulamentando o art. 198, § 3º da CRFB/88, e que é responsável por vincular a garantia orçamentária basilar para que o sistema público de saúde possa atender as demandas sociais, de forma contemporânea as disponibilidades científicas, farmacêuticas e tecnológicas disponíveis, orientado particularmente sobre as transferências e aplicações mínimas.

Com isso, esse orçamento dispõe sobre os valores mínimos que devem ser aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde pública, bem como traz critérios de rateio dos recursos de transferência e as devidas normas fiscalizatórias para avaliar o controle e as despesas de saúde nas três esferas governamentais.

É possível extrair do art. 5º ao 8º da Lei Complementar 141/2014 os seguintes percentuais:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

(...)

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

(...)

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

(...)

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

(...)

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Estes recursos aplicados à saúde devem seguir a organização e orientação das atenções e assistência de saúde, que foram instituídos por meio da Portaria nº 828/20. Esta normativa trouxe a Rede de Atenção à Saúde, subdividida em arranjos organizacionais de ações e serviços, destacando as densidades tecnológicas e logísticas, a fim de garantir a integralidade.

Sendo assim, é possível dividir nos seguintes eixos os tratamentos de saúde: atenção primária, calcada no atendimento de prevenção da saúde por meio de exames e consultas com equipes multiprofissionais, realizadas nas unidades básicas de saúde (UBS) ; a atenção especializada de média complexidade, ou seja, atendimentos direcionados por área em hospitais e ambulatórios; e atenção especializada de alta complexidade, que atendem procedimentos cirúrgicos complexos, e demandas de uso de alta tecnologia e custos maiores, como oncológicos e cardiovasculares.

Ainda assim, diversos obstáculos são enfrentados pela gestão pública na concretização destas dinâmicas orçamentárias e de políticas públicas direcionadas. Ocorre que, atender a todas as atenções de saúde encontra-se como um objetivo distante da realidade social, principalmente no que tange aos investimentos das atenções especializadas de média e alta complexidade, que demandam um custo maior e uma organização mais intensiva.

Nessa direção, os serviços de média e alta complexidade carecem de organização estatal por envolver um qualitativo de serviços de maior nível, sofrendo com o subfinanciamento direcionado aos Municípios, e por muitas vezes, da precarização das gestões públicas de saúde destes.

Torna-se indubitável dizer que estes serviços necessitam de maior atenção na divisão estratégica, principalmente frente às demandas sociais crescentes de algumas enfermidades, como o caso da área oncológica em certas regiões do País.

Este investimento deve ser equânime e proporcional às peculiaridades sociais dispostas, sem que haja comprometimento das demais atenções de saúde, pois a atenção primária também sofre com ausência de investimentos financeiros, mesmo possuindo menor custo ao Estado do que a alta complexidade.

Ocorre que, a subdivisão estratégica municipal não coaduna com a situação de descaso com a saúde pública hodierna, em que apesar de haver uma alta transferência fundo a fundo para uma atuação finalística do Governo Federal com a gestão de média e alta complexidade em saúde, existe também um desequilíbrio de divisão de recursos do Teto MAC entre as microrregiões, de acordo com o Relatório de Avaliação do Conselho de Monitoramento e Avaliação das Políticas Públicas (COMAP, 2020).

2.3 A ATUAÇÃO ESTATAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE E AS DEMANDAS DE ALTA COMPLEXIDADE

A gestão do direito à saúde pública pelo sistema único é ponto crucial na efetivação das garantias constitucionais. Nessa perspectiva, a atuação estatal deve ser pautada não somente em uma descentralização político-administrativa, mas também sob formas de organização e planejamento da área de saúde, como bem custa alcançar os princípios do SUS.

Por esta ótica, o Decreto nº 7.508/11 dispõe sobre a ordem e estruturação da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa, com intuito de interligar os gestores por meio de um sistema estabelecido em redes e operações, unidos devidamente por um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Nesta legislação são definidos oito instrumentos, respectivamente conceituados e delimitados nos capítulos da lei, que são de suma importância para garantir a execução da organização do SUS. No artigo 2º do Decreto nº 7.508/11 é possível vislumbrar as seguintes ferramentas de planejamento:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede**

regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Grifo Nosso)

É possível destacar dois dos utensílios de ordem do SUS elencados acima, sendo estes as “Redes de Atenção à Saúde” e o “Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica”. Isto porque esses elementos irão subsidiar a atuação estatal nas demandas de todas as complexidades, de forma a integralizar o sistema, e orientar acerca dos critérios para diagnóstico da doença ou seu agravo, determinando o tratamento e medicação preconizada em cada caso.

Ainda assim, mesmo com as ferramentas legislativas necessárias e um plano pormenorizado e detalhado das funções e competências para atuação no sistema único, o Estado permanece falho, principalmente na garantia das demandas de média e alta complexidade, nas quais o diagnóstico e o tratamento da neoplasia maligna está inserida.

3 O DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO À LUZ DA LEI Nº 12.732/12

A neoplasia maligna, reconhecida mundialmente como câncer, é uma nomenclatura que vem abranger mais de 100 (cem) doenças malignas, que são fruto de um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, e formam de maneira veloz diversos tumores, que estende-se para outras áreas do funcionamento corporal (INCA, 2022).

Esta doença, inclusive de definição complexa cientificamente, tornou-se uma alerta na saúde pública global, acometendo diversos indivíduos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em fevereiro de 2024, a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) , juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou os resultados de pesquisas em mais de 115 (cento e quinze) países , estimando que houve mais de 20 milhões de novos casos de câncer de 9,7 milhões em 2022 (OPAS, 2024).

Com esta situação global, o Brasil possui um posicionamento bastante efetivo no que concerne à preocupação com o câncer e a criação dos instrumentos legais pertinentes para combate, prevenção e tratamento da doença. No que tange ao seu tratamento, hodiernamente, este pode ser feito através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea, devendo em muitos casos, haver combinação de mais de uma modalidade (INCA, 2022).

Com isso, instrumentos legais acerca da questão foram criados com intuito de promover igualdade de condições e acesso ao tratamento adequado, garantindo assim, as liberdades fundamentais da pessoa com câncer. Dentre estes, destaca-se a Lei nº 12.732/12, que visa não somente garantir o tratamento, mas estabelece o prazo de 60 (sessenta) dias para o início deste, podendo inclusive, considerar tempo inferior a partir da necessidade ao caso concreto.

Contudo, em razão do sistema de regulação oncológico no Brasil e a defasagem de recursos para as demandas de alta complexidade garantidas pelo SUS, a efetivação da Lei nº 12.732/12 encontra diversos obstáculos pelo Poder Público.

Este capítulo, portanto, irá discutir acerca da constituição e importância da Lei nº 12.732/12 (Lei dos sessenta dias), através de uma análise do sistema de regulação oncológico e a estrutura das demandas de alta complexidade no Brasil

3.1 O PANORAMA FÁTICO E HODIERNO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SUS

A crescente preocupação com a neoplasia maligna é um fenômeno global que emerge em todos os sistemas de saúde, bem como em todas as esferas de atuação, desde o sistema público, até o sistema privado dos planos de saúde.

No âmbito nacional, a necessidade de uma orientação com a prevenção, controle e tratamento adequado, a partir de todos os recursos tecnológicos e científicos disponíveis, fomentou o desenvolvimento de ações públicas que cuidassem da área oncológica no Sistema Único de Saúde de maneira mais eficaz.

O Instituto Nacional do Câncer, vinculado ao Ministério da Saúde, apontou para 700 mil casos novos da doença no País para cada ano, no triênio de 2023 a 2025, e que o índice de 70% (setenta por cento) dos casos corresponde às localidades regionais do Sul e Sudeste. (INCA, 2022)

A partir deste cenário, a necessidade de um sistema de regulação oncológico no Brasil é uma questão primordial de saúde pública. Sendo assim, a constituição da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) foi essencial para um bom funcionamento deste, objetivando configurar uma rede de prevenção e monitoramento da doença no Brasil, e servir de base para as políticas públicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

De forma inicial, no ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 874/2013, que funcionava como a responsável por regular esta Política Nacional de combate a neoplasia maligna, especialmente na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS, e organizava as diretrizes desde a prevenção, até as relações de cuidado integral, atualizações científicas e tecnológicas, e até mesmo a própria comunicação em saúde. (INCA. 2013)

A Política Nacional para Controle do Câncer (PNPCC) tem como objetivo um cuidado integral aos cidadãos, de forma a diminuir a incidência da doença e trazer um aumento da qualidade de vida dos pacientes acometidos por esta ,diminuindo sua mortalidade e suas incapacidades ocasionadas pela enfermidade. Posteriormente, esta política acaba sendo instituída por intermédio da Lei nº 14.758/23, que aponta as regras necessárias para atuação e organização das áreas de saúde da oncologia vinculadas ao SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

No âmbito estadual, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), que são as responsáveis por pactuar a organização dos serviços de saúde integrados às redes

do SUS, possuem o dever de atuar na formação do Plano Estadual de Oncologia (INCA, 2024).

Essa ferramenta utilizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde visa organizar as redes de serviço oncológico de maneira regionalizada, a fim de alcançar estes objetivos nacionais do plano, por intermédio de serviços de rastreamento, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos com a enfermidade.

A fim de garantir todo esse sistema, o SUS utiliza-se de ferramentas indispensáveis de organização das suas unidades de saúde, reconhecidos como complexos reguladores. Estes conjuntos realizam serviço de ordenação da demanda da área oncológica, aspirando garantir a implementação das diretrizes de assistência e prevenção do câncer. Ademais, estas unidades visam garantir os serviços de diagnóstico e triagem da doença, além de um fluxo adequado nos hospitais de alta complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Este atendimento especializado por complexos reguladores funciona através dos hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e pelos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

A Portaria nº 1.399/2019 do Ministério da Saúde surgiu como a regulamentação responsável pela redefinição de critérios e parâmetros referenciais para habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no SUS, estabelecendo desde o planejamento para diagnóstico e tratamento do câncer na rede de atenção à saúde, até as caracterizações destes estabelecimentos de saúde e serviços oncológicos especializados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Pode-se extrair do art. 11 da Portaria nº 1.399/2019, o seguinte texto:

Art. 11 As habilitações mantidas no art. 3º desta Portaria exigem que, minimamente, os estabelecimentos de saúde disponham de serviços gerais, constantes do Anexo III a esta Portaria, e especializados conforme a seguir, podendo, a depender dos serviços adicionais que comporta, haver mais de um código para o hospital habilitado como UNACON (com serviço de radioterapia, de hematologia ou de oncologia pediátrica), como CACON (com serviço de oncologia pediátrica) ou como UNACON exclusiva de Hematologia (com serviço de radioterapia) ou UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica (com serviço de radioterapia):

I – UNACON: hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia), oncologia clínica e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Radioterapia, Serviço de Hematologia ou Serviço de Oncologia Pediátrica;

b) UNACON Exclusiva de Hematologia – hospital com serviços para diagnóstico e tratamento clínico de hemopatias malignas agudas e crônicas

de crianças, adolescentes, adultos e idosos, e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Radioterapia;

c) UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica – hospital com serviços para diagnóstico e tratamentos cirúrgico e clínico pediátricos de tumores sólidos e hemopatias malignas agudas e crônicas de crianças e adolescentes, e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Radioterapia;

d) CACON: hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia, urologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia de pele e cirurgia plástica, cirurgia torácica e cirurgia de ossos e partes moles), oncologia clínica, hematologia, radioterapia (incluindo braquiterapia) e cuidados paliativos, com Central de Quimioterapia e com ou sem Serviço de Oncologia Pediátrica

e) Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar – serviço de radioterapia; f) Hospital Geral com Cirurgia Oncológica – hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia). § 1º Um Serviço Isolado de Radioterapia deve cumprir os mesmos critérios para os serviços de radioterapia estabelecidos no Anexo III a esta Portaria, competindo aos gestores do SUS, em suas pactuações em CIB e em CIR, estabelecer quais serviços devem prestar o atendimento em braquiterapia e definir ao menos 01 (um) um serviço referencial para esta modalidade radioterápica, estadual ou de pactuação interfederativa. § 2º Compete aos gestores do SUS, em suas pactuações em CIB e em CIR, estabelecer quais hospitais devem prestar o atendimento em Neurocirurgia e Oftalmologia, assim como em Iodoterapia, definindo ao menos 01 (um) um serviço referencial nestas especialidades, estadual ou de pactuação interfederativa. § 3º As especialidades cirúrgicas podem ser expandidas para além do mínimo estabelecido respectivamente para cada tipo de habilitação acima caracterizada. § 4º Pacientes com câncer de cabeça e pescoço devem ser atendidos preferentemente em hospitais habilitados em oncologia como UNACON com Serviço de Radioterapia ou CACON (com ou sem Serviço de Oncologia Pediátrica).

Em seguida, a Portaria de Consolidação SAES nº 1 de 22 de fevereiro de 2022, que foi alterada posteriormente pela Portaria do SAES nº 688 de agosto de 2023, também tornou-se responsável por definir todos os parâmetros para habilitação destes estabelecimentos caracterizados anteriormente como redes especializadas de atenção em oncologia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

É possível ressaltar que a Portaria SAES nº 1 de 22 de fevereiro de 2022, estabelece a responsabilidade essencial dos gestores públicos na verificação da disponibilidade dos diversos tratamentos oncológicos, havendo um acesso completo. Observa-se:

Art. 48. Os gestores públicos da saúde devem verificar e, se for o caso, redefinir, em instância colegiada - CIB e CIR, o Plano de Atenção para Diagnóstico e Tratamento do Câncer, estabelecendo, minimamente, para cada estabelecimento de saúde habilitado ou a habilitar na alta complexidade em oncologia: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, caput)

I - o território de cobertura assistencial e a população correspondente; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, I)

II - os serviços e ações de saúde gerais e especializados, diagnósticos e terapêuticos, que cada hospital deve prestar ao SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, II)

III - o acesso regional (macrorregião de saúde) sob regulação a serviços oncológicos, conforme os fluxos de "referência e contrarreferência" estabelecidos; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, III)

IV - a produção mínima estabelecida na seção e exigida para procedimentos oncológicos - cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos -, consoante a habilitação do hospital na alta complexidade em oncologia; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, IV)

V - a forma como se dará o acesso ao atendimento especializado em cirurgia, radioterapia, oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica, conforme a habilitação na alta complexidade em oncologia do hospital. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, V).

Dessa forma, é possível observar uma preocupação iminente com o acesso a um tratamento adequado, em todo regulamento pertinente a estrutura oncológica no Brasil. Neste contexto, vale ressaltar que a própria Lei nº 14.758/23, em seu art. 2º, garante como principal objetivo da política nacional o cuidado integral, abarcando de forma expressa o diagnóstico prévio e o tratamento. Analisa-se:

Art. 2º É instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que tem como principais objetivos:

I - diminuir a incidência dos diversos tipos de câncer;

II - garantir o acesso adequado ao cuidado integral;

III - contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer;

IV - reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer.

§ 1º Fazem parte do cuidado integral referido no inciso II do **caput** deste artigo a **prevenção, o rastreamento, a detecção precoce e o diagnóstico do câncer, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos do paciente, bem como o apoio psicológico oferecido a ele e a seus familiares.**(Grifo Nosso).

A Lei nº 12.732/12, anterior a própria legislação citada, conhecida como a “Lei dos sessenta dias”, tornou-se uma das legislações mais importantes na esfera dos direitos dos pacientes oncológicos a fim de concretizar um dos principais propósitos que é o acesso ao tratamento, uma vez que ela estabelece um prazo limite do início deste, trazendo então, uma alinhamento entre a realidade fática do sistema de saúde e os ideais buscados pela Política de Prevenção. Sendo assim, as portarias e legislações posteriormente advindas e relatadas neste capítulo, funcionam como instrumentos concretizadores desta normativa.

Este período destacado na legislação se coaduna com a concretização das políticas de combate à doença, uma vez que o tempo é um fato determinante no combate ao câncer e suas chances de cura, sendo necessário não somente um diagnóstico precoce, mas um tratamento iniciado em prazo que possibilite a mínima recuperação, ou que aumente percentualmente suas chances de vida.

3.2 ANÁLISE DA LEI 12.732/12 E PRINCIPAIS CONCEITOS: O TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA E RESPECTIVO PRAZO PARA INÍCIO

O Projeto de Lei nº 3887/97 tratava acerca do tratamento medicamentoso da dor em pacientes portadores de neoplasias comprovadas, por intermédio de entorpecentes, e estabelecendo assim, um acesso gratuito a analgésicos e outras medicações no âmbito do SUS, incluindo morfina, petidina, codeína, tramadol, buprenorfina e naloxone no programa especial de dor oncológica, para pacientes com neoplasia maligna e câncer. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1997).

Contudo, tratando acerca das diretrizes de combate e tratamento do câncer em si, foi instituída uma Emenda Substitutiva Global de Plenário nº 1, de autoria das deputadas Flávia Moraes, Carmen Zanotto, bem como outros autores, submetida ao projeto de lei em questão, e que possuía o objetivo de tratar acerca do primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada, estabelecendo assim, um prazo para seu início. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012).

Neste quadro, foi designado o relator como sendo o deputado Darcísio Perondi, devendo proferir o parecer à emenda relativa à Comissão de Seguridade Social e Família (CCSF). O parecer da comissão declarou expressamente seu posicionamento favorável, destacando a importância social e imprescindibilidade desta normativa no ordenamento brasileiro. Veja-se:

“A proposta tem como escopo sintetizar o conteúdo do projeto principal com os dos demais apensados, todos apresentados no sentido de oferecer aos pacientes com neoplasias malignas tratamento eficaz e tempestivo, além de proporcionar acesso a medicamentos que possam mitigar o sofrimento daqueles com manifestações dolorosas da doença. É de notório saber que o tratamento adequado e iniciado tempestivamente, além de aumentar as taxas de sobrevivência, proporciona uma diminuição de custos em todos os sentidos. Conforme se verifica na justificativa do projeto principal elaborado pelo Senador Osmar Dias, bem como dos projetos apensados — de autoria do saudoso Deputado Dr. Pinotti e das Deputadas Carmem Zanotto e Flávia Moraes — o câncer, neoplasia maligna, é a segunda maior causa da mortalidade por doenças no Brasil.

Levantamento do TCU mostra que, abre aspas, *‘as análises quantitativas realizadas com dados extraídos do SIA/SUS e dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) organizados pelo INCA e pela Fundação Oncocentro de São Paulo demonstram que os tratamentos oncológicos providos pelo SUS não têm sido tempestivos — o que é doloroso. O resultado da análise dos dados das Apacs de quimioterapia e radioterapia indicou que o tempo médio de espera entre a data do diagnóstico e o início do tratamento foi de 70,3 e 113,4 dias, respectivamente’.* — o que é mais do que doloroso.

O mesmo levantamento demonstrou que, abre aspas, *‘apenas 15,9% dos tratamentos de radioterapia e 35,6% dos de quimioterapia iniciaram-se nos primeiros 30 dias. Pelos dados do RHC, de São Paulo, de 2009, o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 46,6 dias, e apenas 52,4% dos tratamentos foram iniciados em 30 dias’* — mais do que doloroso também. *‘Os dados do RHC, do Inca, de 2007, por sua vez, evidenciam que o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 70,3 dias e que somente 38,4% dos tratamentos foram iniciados nos primeiros 30 dias’.* É de chorar!

“Basta ver os dados extraídos do Relatório de Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica do Tribunal de Contas da União — TCU, para constataremos o ‘aumento da incidência de câncer no Brasil e dos gastos federais com tratamentos oncológicos, que ultrapassam R\$ 1,9 bilhões em 2010, e, ainda, as deficiências na estrutura da rede de atenção em Oncologia, apuradas em levantamento realizado na Fundação Saúde, na Secretaria de Atenção à Saúde e no Instituto Nacional de Câncer com o objetivo de avaliar Política Nacional de Atenção Oncológica’.

Por todo o exposto, certos do interesse de toda a sociedade brasileira na aprovação da presente proposta legislativa, é que pedimos o apoio necessário e imprescindível dos nobres Pares para a aprovação da presente Emenda Substitutiva Global, por se tratar de uma composição redacional que leva em conta todas as demais proposições apensadas, e também por se tratar de matéria que, além de urgente, é da maior relevância para o paciente com neoplasia maligna e para toda a sua família, por garantir-lhes qualidade de tratamento e um mínimo de dignidade, por todos nós devida” (CÂMARA, 2012, P. 2-4).

Ademais, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, expressa pelo relator e deputado Arnaldo Faria de Sá, elencou pontos positivos tanto quanto a legalidade, juridicidade, boa técnica legislativa e constitucionalidade, como a importância social neste avanço legal para com o serviço público de saúde, ressaltando inclusive, que os Chefes de Governo da nação recorreram a um sistema privado como o Hospital Sírio Libanês, uma vez que não havia tratamento tempestivo na seara pública. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012).

Através da aprovação na seara legislativa, foi sancionada no ano de 2012, a Lei nº 12.732/12, conhecida nacionalmente pelo nome “Lei dos sessenta dias”, que visa garantir ao primeiro tratamento do paciente diagnosticado com neoplasia maligna o estabelecimento de um prazo de 60 (sessenta dias) para se início, contados desde o seu diagnóstico, podendo inclusive, incorrer em prazo inferior a depender da situação concreta.

A estipulação do prazo de sessenta dias adveio de um acordo possível com a gestão do governo, firmado a partir dos estudos de média de espera dos pacientes para o recebimento, tomados a partir da Auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), levantados inclusive, em Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família.

Dessa forma, a legislação em pauta tornou-se um marco na garantia dos pacientes oncológicos, reafirmando o compromisso do SUS, criando um parâmetro objetivo de monitoramento e eficiência, aproximando a gestão pública de um fluxo exímio de saúde oncológica.

Ademais, a Lei nº 12.732/12, através de alterações posteriores no ano de 2025, por força da Medida Provisória nº 1.3012/25, preocupou-se em fomentar políticas públicas que possibilitasse essa garantia, como a exemplo da necessidade de construir ações destinadas à ampliação ao acesso do tratamento radioterápico, através do Programa Agora Tem Especialistas, bem como a necessidade de produção de planos regionais de instalação nos espaços sem serviços especializados em oncologia. Analisa-se os seguintes dispositivos da Lei nº 12.732/12:

Art. 2º-A Fica instituído, no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas, conjunto de ações destinadas à ampliação do acesso ao tratamento radioterápico, com os seguintes objetivos: [\(Incluído pela Medida Provisória nº 1.301, de 2025\)](#)

I - diminuir o tempo de espera para o tratamento dos usuários diagnosticados com câncer; [\(Incluído pela Medida Provisória nº 1.301, de 2025\)](#)

II - garantir a integração dos sistemas de informação mantidos pelo Ministério da Saúde, especialmente aquele previsto no [art. 4º da Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023](#); e [\(Incluído pela Medida Provisória nº 1.301, de 2025\)](#)

III - priorizar aos usuários diagnosticados com câncer o acesso aos serviços especializados de radioterapia no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, por meio de painéis de monitoramento que integrem toda a demanda e a oferta de tratamento radioterápico disponível em serviços públicos e privados sediados no território nacional. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 1.301, de 2025\)](#)

§ 1º Para fins do disposto no inciso III do *caput*, os estabelecimentos de saúde que possuírem equipamentos de radioterapia deverão informar periodicamente a relação entre a oferta e a demanda de novos usuários, para fins de análise e elaboração de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 1.301, de 2025\)](#)

§ 2º O descumprimento do disposto no § 1º impedirá, até a regularização da prestação das informações, a participação dos estabelecimentos de saúde no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – PRONON, no Plano de Expansão da Radioterapia no SUS e o acesso a benefícios financeiros, subsídios ou linhas de financiamento disponibilizadas pelo Governo federal para ampliação e modernização dos respectivos parques tecnológicos. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 1.301, de 2025\)](#)

§ 3º Aos usuários diagnosticados com câncer que estejam em tratamento radioterápico em serviço sediado em ente federativo diverso de seu domicílio ficam garantidos o transporte sanitário adequado e o pagamento de diárias para custear alojamento e alimentação durante todo o período do tratamento, observada a disponibilidade orçamentária específica, na forma estabelecida em ato do Ministro de Estado da Saúde. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 1.301, de 2025\)](#)

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Outrossim, além de conquistar todo um efeito prático com a instituição da tempestividade, trouxe um marco social ao fomentar uma pressão normativa do Poder Legislativo para com o Poder Executivo, que encontra de forma setorializada uma necessidade de implementação, sob pena de sofrer penalidades administrativas, conforme destaca o art. 3º da Lei nº 12.732/12. (BRASIL, 2012).

3.3 OS PRINCIPAIS DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DA LEI Nº 12.732 : UMA PERSPECTIVA DA ATUAÇÃO ESTATAL FRENTE AOS DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Os desafios enfrentados pela efetivação da Lei nº 12.732/12 estão diametralmente ligados à inserção dos serviços oncológicos nas redes de média e alta complexidade. Ocorre que estes serviços sofrem com a insuficiência de recursos recorrentes, e principalmente, na ausência de destinação orçamentária da União pertinente para custeio dos Municípios, e também com o difícil acesso de algumas populações a estes serviços.

Apesar da regionalização do SUS ser implementada para todas as redes, esta necessita de um aprofundamento evidente. O que se encontra no contexto hodierno, são desigualdades regionais na cobertura dos procedimentos de alta complexidade, uma vez que as localidades com mais serviços de saúde recebem mais financiamento dos recursos federais, e portanto, mais aportes para

atendimento, enquanto outras, sofrem descaso e não possuem aparato mínimo de atendimento aos cidadãos. (CONASS, 2023).

Estes recursos federais são formas de financiamento para custeio de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, e se organizam nos componentes de Limite Financeiro da Média e Alta complexidade (MAC) e no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). (CONASS, 2023).

Os dois instrumentos de alocação de recursos têm por finalidade financiar os procedimentos e políticas públicas estratégicas na implementação e inovação dos tratamentos da tabela do SUS¹, e são transferidos aos estados e municípios por intermédio de seus Fundos de Saúde. Estas transferências devem respeitar uma demanda e atualização das necessidades do sistema de saúde, bem como estarem alinhadas com um estudo localizado das carências de cada microrregião. (CONASS, 2023).

Contudo, existe uma defasagem na cobertura de média e alta complexidade, uma vez que a análise destes critérios de necessidade de saúde da população para fins de destinação dos recursos da União, por força da Lei Complementar nº 141/2012, não são cumpridos integralmente, e necessitam urgentemente de um mapeamento geográfico novo com indicadores precisos dessas necessidades locais. (CONASS, 2023).

A partir desta construção, a rede oncológica inserida no sistema de alta complexidade sofre diretamente o impacto desta ausência de financiamento e abastecimento de necessidades locais, ainda mais por ser uma rede de alto custo e com tratamentos elevados, como a exemplo dos custos altos do maquinário usado nas sessões de radioterapia.

Ademais, há que se ressaltar que a desigualdade de acesso ao tratamento inicia-se no diagnóstico tardio, uma vez que os fatores socioeconômicos regionais e falta de informação acerca da importância dos exames de rastreamento, facilita que diagnósticos tardios sejam recorrentes.

¹ A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, reconhecida como “Tabela do SUS”, é um instrumento de acompanhamento e registro dos serviços de saúde ofertados à população do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 do Ministério da Saúde é responsável por regulamentar as transferências dos recursos federais para ações e serviços de saúde divididos em blocos de financiamento, com respectivos valores de referência para custeio e financiamento dos procedimentos de consulta, exames, cirurgias e tratamentos médicos, podendo ser consultados pelo portal do SIGTAP.

Dessa forma, esta ausência de diagnóstico precoce implica despendir um maior custo dos procedimentos relacionados à doença, uma vez que eleva o número de internações e necessidades de tratamentos mais complexos e tecnológicos disponíveis no mercado.

De acordo com pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), baseado nos gastos federais, sem inclusão dos dispêndios dos demais entes e entidades filantrópicas, demonstraram que no ano de 2022 foram gastos mais de quatro bilhões de reais em tratamento oncológico (FIOCRUZ, 2023).

Dentro dessa perspectiva, a Coordenadora de Pesquisa da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), Nina Melo, apontou através do quadro *“Quanto custa o câncer?”*, em painel de cooperação técnica oncológica chamado *8º Fórum Big Data em Oncologia*, a correlação de um diagnóstico tardio com o aumento dos custos de tratamento oncológico. Vejamos:

“O estadiamento, o processo para determinar a localização e a extensão do câncer presente no corpo de uma pessoa, quando se dá em período avançado, pode ser um motivos que justificam o aumento do custo do tratamento, já que diagnósticos precoces estão relacionados a uma maior chance de cura e a um tratamento menos agressivo”, pondera Nina. (FIOCRUZ, 2023).

Ademais, a ausência de investimentos pertinentes em avanços científicos para tratamentos oncológicos de promissor resultado, por intermédio dos entes públicos, também demonstra ser um grave empecilho na atuação de saúde da área de oncologia, e por consequente, na aplicação do tratamento oncológico em tempo oportuno.

Ainda, como bem ressaltado anteriormente, o diagnóstico tardio ocorre principalmente em regiões menos desenvolvidos socioeconomicamente, tanto por questões de falta de disseminação de conhecimentos preventivos pelas populações mais vulneráveis, quanto por não existirem aparatos necessários a um atendimento básico de qualidade, e menos ainda, nos acessos de alta complexidade.

Neste ínterim, a própria Lei nº 12.732/12 faz esta ligação iminente entre diagnóstico precoce e tratamento oportuno em sessenta dias, através da inclusão do parágrafo terceiro, ao segundo artigo da legislação, por meio da Lei nº 13.896/2019, que prevê a partir da hipótese diagnóstica principal for neoplasia maligna, os exames para verificação da doença devem ser realizados no máximo de trinta dias.

Na propositura da Lei nº 13.896/2019, foi apresentada a seguinte tese para exposição de motivos por parte da deputada Carmen Zanotto:

O Projeto de lei que submeto novamente à tramitação nesta Casa tem o objetivo de acrescentar um parágrafo na Lei nº 12.732, de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”..

Quando apresentamos o PL 2878, de 2011 de minha autoria e o PL 3125, de 2012 da autoria da Deputada Flávia Moares, foram apensados ao do Senador Osmar Dias e aprovado o Substitutivo Global de Plenário que resultou na Lei 12.732, de 2012. Na ocasião não incluímos o prazo para o diagnóstico e essa ausência na lei foi adequadamente observada pelo nobre ex-deputado Beto Albuquerque que apresentou proposição na legislatura anterior visando complementar a lei e conferir celeridade dos diagnósticos quando a hipótese principal seja a neoplasia maligna, e a realização dos exames necessários a elucidação devem ser realizados no prazo máximo de trinta dias, fundamentada pelo médico responsável, a qual foi aprovado o parecer da relatora deputada Elcione Barbalho na Comissão de Seguridade Social e Família.

Dessa forma pretendemos garantir a população um acesso mais célere aos exames porque infelizmente, para esses pacientes tempo é um bem precioso.

Determinar que os exames do paciente suspeito de portar alguma daquelas enfermidades sejam concluídos em trinta dias significa fechar a porta da protelação e melhorar o atendimento.

À vista do exposto, espero contar com o apoio de meus ilustres pares para a aprovação do presente projeto. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015).

Certifica-se, portanto, o seguinte dispositivo da Lei nº 13.896/2019, inserida na Lei nº 12.732/12:

Art. 2º (...)

(...)

§ 3º Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.(NR)

Com isso, entende-se que a efetivação da Lei nº 12.732/12 está totalmente interligada com todo investimento na rede de alta complexidade e oncológica propriamente dita, uma vez que o acesso ao tratamento acaba sendo obstaculizado por ausência de recursos e gastos elevados por raízes iniciadas em um diagnóstico tardio, e acesso equânime das regiões do Brasil a estas estruturas.

O deslocamento dos pacientes oncológicos também demonstra ser um fator expositivo destas desigualdades de acesso ao tratamento ressaltados, uma vez que muitos cidadãos acometidos pela doença necessitam se deslocar da cidade, muitas vezes para municípios abarcados por outras macrorregiões, a fim de buscar o tratamento para o câncer em hospitais destinados a alta complexidade.

Demonstra-se que inexiste uma equivalência e cautelaridade com o estudo regional das necessidades do País, sendo o Estado um ente omissor no

cumprimento legislativo de uma saúde baseada em qualidade e universalidade, afastando-se dos pilares fundamentais do Sistema Único.

Por fim, também há que ressaltar que a Lei nº 12.732/12, em seu artigo 2º, ressalta a importância das ações de ampliação da radioterapia, por intermédio do Programa Agora Tem Especialistas.

Este programa é uma iniciativa do Governo Federal, com objetivo de reduzir o tempo de espera de atendimento ao SUS, por intermédio de ações conjuntas como uso de unidades móveis, aquisição de transporte sanitário e fortalecimento da telessaúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Dentre os objetivos primordiais, elencado em quinto lugar, está a consolidação da rede pública de prevenção, diagnóstico e controle do câncer por intermédio deste Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). Contudo, esta aplicabilidade na realidade necessita de investimentos na rede pública que vão desde a qualificação dos profissionais, até a aquisição de equipamentos, como os radioterápicos, situação esta que se limita a ocorrer em regiões e municípios extremamente mais desenvolvidos como os da região Sudeste.

Portanto, observa-se novamente, que aparatos legislativos, programas, fluxo organizacional e estratégico não faltam para construção de um exímio sistema oncológico na rede pública, mas a omissão e ineficiência do Estado, principalmente da esfera Federal, por intermédio de má distribuição de recursos, afasta a construção desse sistema eficaz, e principalmente, da efetivação da Lei nº 12.732/12, dependente de forma iminente deste sistema regular.

4. A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PELA LEI Nº12.732/12

O presente capítulo visa analisar o fenômeno da judicialização do direito ao tratamento oncológico, e sua atuação na efetividade da Lei nº12.732/12. Este instrumento tem sido utilizado de forma exacerbada nos quesitos da gestão de saúde, principalmente por meio de pedidos de tutela de urgência, evidenciando situações graves e custosas dos cidadãos, que convivem com a ineficácia das políticas públicas.

A análise dar-se-á tanto pela perspectiva da tutela individual nas demandas judiciais, em que pacientes oncológicos buscam assegurar o cumprimento do prazo legal para início do tratamento, como também da tutela coletiva, exercida por meio

da atuação dos institutos responsáveis pela defesa de interesses difusos e coletivos, como o Ministério Público e a Defensoria Pública.

No campo da tutela individual, destacam-se os pedidos de liminares e tutelas de urgência, em razão da gravidade e progressão acelerada da doença, sendo imprescindível a atuação célere do Judiciário. Já no âmbito coletivo, observa-se o ajuizamento de ações civis públicas, inquéritos civis e procedimentos de acompanhamentos extrajudiciais, instrumentos que buscam não apenas garantir direitos em casos específicos, mas também produzir efeitos estruturais capazes de corrigir falhas sistêmicas na rede de atenção oncológica. Dessa forma, a análise abrange as duas dimensões da proteção jurídica, refletindo a amplitude da judicialização no contexto da saúde oncológica.

Não obstante, o capítulo também examinará a forma como o Poder Judiciário tem interpretado as demandas relativas ao direito à saúde e, em especial, ao tratamento oncológico, à luz da tensão entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Esse embate revela-se central, pois envolve a ponderação entre a efetivação de direitos fundamentais e as limitações orçamentárias e administrativas alegadas pelo Estado.

Nesse sentido, a modulação e o alcance do princípio da reserva do possível em demandas sensíveis da saúde oncológica tornam-se um dos maiores desafios enfrentados pelo Judiciário. A busca por um tratamento tempestivo, determinado pela Lei nº 12.732/12, demanda que o magistrado ultrapasse a simples análise de viabilidade financeira e considere o caráter irrenunciável do mínimo existencial. Em tais hipóteses, o Judiciário é chamado a assumir um papel ativo, garantindo a concretização de direitos fundamentais, ainda que isso implique tensionar os limites orçamentários do ente público. Esse debate revela a importância da hermenêutica constitucional voltada para a máxima efetividade dos direitos sociais, reconhecendo que a saúde oncológica não admite postergação.

Por fim, também serão analisados os desdobramentos jurisprudenciais das decisões proferidas em demandas judiciais que envolvem petições fundamentadas na aplicabilidade da Lei nº 12.732/12, tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto na interação com a rede privada conveniada. Esse movimento não apenas garante o acesso imediato ao tratamento oncológico, mas também cumpre função pedagógica, induzindo o Estado a adotar políticas mais eficazes e evitando a repetição de condutas omissivas.

4.1 ANÁLISE DO CENÁRIO DE JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: A RESPONSABILIZAÇÃO DOS ENTES FRENTE ÀS OMISSÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O fenômeno da judicialização, principalmente no controle das políticas públicas, é uma situação contemporânea, que cresce cada dia mais a fim de suprir espaços decisivos que não são originalmente de competência do Poder Judiciário, mas que em razão da escusa de cumprimento estatal, e ausência da produção de resultados necessários na sociedade, surge como atitude necessária a implementação dos direitos sociais. (FARIAS, 2018).

A pauta da saúde não é tratada faticamente como prioridade, havendo um privilégio da agenda estatal no cumprimento de metas econômicas, ensejando em uma busca por cumprimento do papel do Executivo, por intermédio do Poder Judiciário. (FARIAS, 2018).

Ao tratar da judicialização, no caso do acesso ao tratamento oncológico, analisa-se uma circunstância que não diz respeito à interferência direta na deliberação das políticas públicas por completo do Estado, uma vez que este é seu papel, ou em ato de interpretação legislativa, como os casos de lacuna da lei, mas tem como fato gerador a concretização de uma pretensão subjetiva do cidadão do direito ao tratamento oncológico de prazo certo e determinado, não havendo espaço para o Judiciário decidir diferente do que já estabelece a própria legislação. (BARROSO, 2009).

Nesta perspectiva, a fim de caracterizar quais entes federativos poderiam ser acionados nas demandas judiciais das garantias dos direitos relacionados à saúde e tratamento, o Supremo Tribunal Federal (STF), estabeleceu em 2015, o entendimento de que os entes federativos são solidariamente responsáveis pelo atendimento de demandas relacionadas à saúde. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2015).

Este entendimento foi reiterado, e está consolidado no Tema 793 do STF, após julgamento de Recurso Extraordinário nº 855.175, com ressalva e acréscimo da necessidade de direcionamento da prestação reclamada ao ente responsável pelo financiamento da política pública, firmando o seguinte:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras

de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2019).

Ademais, no aspecto oncológico, sabe-se que essa responsabilidade e obrigatoriedade de cumprimento das demandas relativas a neoplasia maligna estar nas mãos dos entes federativos, através do repasse da União, devendo estes figurarem no polo passivo das demandas referentes ao tratamento do câncer. Outro ponto que coaduna com tal entendimento, é a fixação de base do Tema 1234 do STF, que ao tratar das demandas envolvendo medicações de alto custo e oncológicos pelo SUS, deverá ser fixada competência da União (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2024).

Contudo, não se pode esquecer que apesar da alta complexidade ser de competência de todos os entes federativos- União, Estado e Municípios-, assim como a responsabilidade acerca dos medicamentos oncológicos de alto custo, respeitando os critérios do Tema 1234 do STF, estas responsabilidades dos entes existem na medida das repartições de suas competências na organização das demandas oncológicas, não podendo ser eximidas ou concentradas em apenas um.

Em face disto, sabendo-se a quem se deve direcionar o ajuizamento das ações, e com a devida clareza da Lei nº12.732/12, as demandas judiciais relativas aos pedidos de ressarcimento do tratamento oncológico custeados na rede privada por ausência de respeito ao prazo de sessentas dias, que direciona o tratamento na rede pública, bem como os pedidos de indenização moral por demora na prestação do tratamento e longa lista de espera estão sendo os objetivos buscados no Judiciário Brasileiro a respeito deste tema.

Todavia, outro enfoque surgido nos processos judiciais envolvendo acesso ao tratamento oncológico, diz respeito a ponderação e julgamento complexo do binômio estabelecido entre os custos elevados e a garantia do direito social como princípio do mínimo existencial.

Este aspecto, na realidade, é retratado em todas as demandas judiciais da área de saúde, com enfoque emblemático nas ações de pedidos de medicamentos de alto custo , principalmente os oncológicos, uma vez que os tratamentos de quimioterapia fazem uso de medicamentos potentes aplicáveis de diversas formas, desde comprimidos até intratecal, com alto valor financeiro. Além disso, os tratamentos oncológicos fazem uso da chamada “terapia de suporte”, que visa

controlar ou inibir o surgimento de infecções e amenizar os efeitos colaterais da doença, e tudo isso feito por intermédio de medicações. (ABRALE, 2022).

Ou seja, é evidente que os tratamentos oncológicos possuem um dos custos mais altos para os cofres públicos, não somente por seus medicamentos para tratamento de alto custo, mas também no maquinário necessário para outras formas de tratamento como a radioterapia. Dessa maneira, o Judiciário precisa garantir a efetivação das políticas públicas para Lei nº12.732/12, levando em consideração estratégias financeiras.

Isto posto, é indubitável que o conceito de mínimo existencial está relacionado com usufruto de direitos fundamentais inerentes a uma vida digna, e de maneira lógica, pressupõe o gozo do próprio direito à vida e saúde como condicionantes. Neste contorno, o mínimo existencial não estaria submetido aos ditames da reserva do possível. (SILVA, p. 178, 2022).

A reserva do possível consiste em uma limitação da existência de recursos materiais disponíveis para implementação das políticas públicas, a fim de garantir os direitos fundamentais, mediante ao estabelecido na lei orçamentária (SILVA, p. 189, 2022). Todavia, esta reserva não pode alcançar o mínimo existencial, ou seja, não poderá ser invocada sempre que puder comprometer o núcleo base deste, incluindo assim, as questões de saúde.

Este entendimento já está inserido em decisões do Supremo Tribunal Federal e é reiterado nas demandas judiciais estaduais, envolvendo questões de políticas públicas de saúde, incluindo, o acesso ao tratamento oncológico. Observa-se o julgamento do Agravo Regimental em sede do STF:

Supremo Tribunal Federal STF - RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO: ARE 745745 MG

(...)

2. O Poder Judiciário, em situações excepcionais, pode determinar que a Administração pública adote medidas assecuratórias de direitos constitucionalmente reconhecidos como essenciais sem que isso configure violação do princípio da separação de poderes. 3. A Administração não pode invocar a cláusula da reserva do possível a fim de justificar a frustração de direitos previstos na Constituição da República, voltados à garantia da dignidade da pessoa humana, sob o fundamento de insuficiência orçamentária. 4. Agravo regimental não provido.

(STF - ARE: 745745 MG, Relator.: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 13/02/2014, Data de Publicação: DJe-034 DIVULG 18/02/2014 PUBLIC 19/02/2014).

Dessa forma, os procedimentos judiciais têm se baseado justamente nestes dois quesitos, tanto da responsabilidade solidária quanto do não alcance da reserva do possível ao mínimo existencial em tratamentos de saúde, assim como o

tratamento oncológico. Para isto, o Judiciário deve determinar uma estratégia de realocação de recursos, como foi pedido no presente estudo de caso do Hospital Napoleão Laureano em tutela antecipada.

Por fim, é preciso ressaltar que estes aspectos jurídicos garantem força na efetivação da Lei nº12.732/12 por intermédio da atuação judiciária, uma vez que envolve os meios necessários para entregar este tratamento oncológico em prazo tempestivo, saindo assim, a normativa do espaço subjetivo de uso, para realidade fática de usufruto dos pacientes.

4.2 A EFETIVIDADE DA VIA JUDICIAL PARA GARANTIA DA APLICAÇÃO DA LEI Nº 12.732: PERSPECTIVA DAS TUTELAS COLETIVA E INDIVIDUAL

A partir da construção dos pontos jurídicos que garantem a responsabilidade do estado na aplicação da Lei nº12.732/12, há que se demonstrar como as decisões e os pedidos judiciais têm se mostrado eficazes para esta garantia.

O fenômeno da judicialização na saúde tem demonstrado altos índices. O Conselho Nacional de Justiça, através dos dados do Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde, revelou que havia mais de 869.271 (oitocentos e sessenta e nove mil, e duzentos e setenta e um) ações relacionadas à saúde ainda pendentes de julgamento, ainda em Janeiro de 2025. (CNJ, 2025).

Dentro desta demandas dividem-se os pleitos em medicamentos , sendo os de maior índice de busca os de alto custo, acesso a tratamentos e hospitalização e internação, bem como cirurgias. O tratamento oncológico encontra-se inserido nesta alta demanda de saúde, tanto nos petítórios de medicações em falta nas UNACONS, como no acesso a sessões de tratamento.

Ato contínuo, é cediço afirmar que a judicialização do tratamento oncológico ocorre por intermédio de duas esferas: a tutela individual, com pedidos de ressarcimento de custos e indenização, ou até mesmo tutelas de urgência para garantia de retomada do tratamento interrompido ou iniciação com urgência deste ; e da tutela coletiva instituída pelos órgãos judiciais competentes como o Ministério Público, a fim de solucionar questões envolvendo os direitos difusos e a estruturação em si das políticas públicas que atinge um coletivo, bem como também irá garantir direitos imediatos e até mesmo indenizações, assim como os de caráter individual.

Construído tais elementos, é preciso dizer que na esfera individual, ocorre o ajuizamento através do pedido de aplicação da Lei nº12.732/12, e em muitos casos,

o Judiciário tem entendido como causa assecuratória da lei, não restando outra alternativa senão aplicá-la ao caso concreto, quando evidenciado desrespeito a este.

Observa-se, portanto, decisão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal no presente caso de reparação de danos morais, por tratamento de neoplasia em rede privada, em virtude do desrespeito do prazo do art. 2º da Lei nº 12.732/12:

ADMINISTRATIVO. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS E MORAIS. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE ÚTERO . DESRESPEITO AO PRAZO PREVISTO NO ART. 2º DA LEI Nº 12.732/2012. TRATAMENTO DA PACIENTE NA REDE PRIVADA . RESSARCIMENTO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. APELAÇÃO CÍVEL PARCIALMENTE PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA . 1. Nos termos do art. 2º da Lei nº 12.732/2012, "o paciente com neoplasia maligna tem direito de submeter ao primeiro tratamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único?". 1.1. No caso em apreço, a autora obteve diagnóstico de carcinoma de células escamosas e, diante da gravidade do quadro, buscou tratamento na rede privada de saúde. 1.2. **As sessões de quimioterapia realizadas na rede particular dentro do prazo estabelecido pelo art. 2º da Lei nº 12.732/2012 não são passíveis de ressarcimento material . No entanto, comprovado que, esgotado o prazo legal, o ente federativo não havia ainda iniciado o tratamento da paciente, o custeio da sessão efetivada após o esgotamento desse prazo deve ser ressarcido à autora.** 2. O dano moral se relaciona diretamente com os prejuízos ocasionados a direitos da personalidade, cuja violação afeta diretamente a dignidade do indivíduo e constitui motivação suficiente para fundamentar uma ação compensatória dessa natureza (CF, art. 5º, V e X; CDC, art. 6º, VI). 2.1. Os transtornos vivenciados pela paciente, decorrentes da demora no tratamento médico necessário, inclusive com risco de morte, ultrapassam a esfera do mero dissabor, sendo capazes de ensejar abalo a atributos da personalidade humana . 3. A quantificação dos danos morais deve obedecer a critérios de razoabilidade e proporcionalidade, levando-se em conta, além da necessidade de compensação dos danos sofridos, as circunstâncias do caso, a gravidade do prejuízo, a situação do ofensor e a prevenção de comportamentos futuros análogos. Normativa da efetiva extensão do dano (CC, art. 944) . Nesse passo, reputa-se adequado o valor de R\$ 10.000,00. 4. Apelação cível parcialmente provida . Sentença reformada. (TJ-DF 07089206120218070018 1433338, Relator.: ALFEU MACHADO, Data de Julgamento: 22/06/2022, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: 08/07/2022) (Grifo Nosso).

Outrossim, ainda em demanda individual, é possível vislumbrar outro caso de aplicação da Lei nº 12.732/12:

"RECURSO INOMINADO TRATAMENTO ONCOLÓGICO - ARTIGO 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DIREITO DO

PACIENTE DE RECEBER, EM TEMPO RAZOÁVEL, A CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO DO CÂNCER, COMO PREVÊ A LEI Nº 12.732/12 NÃO SE TRATA DE DESRESPEITO À FILA DE ATENDIMENTO, MAS SIM DE FAZER VALER O DIREITO À SAÚDE O ART. 2º DA LEI 12.732/12 DISPÕE QUE O PACIENTE ACOMETIDO DE NEOPLASIA MALIGNA TEM DIREITO DE SE SUBMETER AO PRIMEIRO TRATAMENTO NO SUS NO PRAZO DE 60 DIAS A CONTAR DO DIA QUE FOI FIRMADO O DIAGNÓSTICO LESÃO A INTERESSE JURIDICAMENTE PROTEGIDO, QUAL SEJA, O

DIREITO A RECEBER TRATAMENTO NO PRAZO LEGAL PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL EXTRACONTRATUAL CONFIGURADOS DIREITO AO RECEBIMENTO DE DANOS MORAIS, CUJO VALOR FOI FIXADO DE FORMA ADEQUADA, SEM EXCESSO - RECURSO DA FESP NÃO PROVIDO." (TJSP; Recurso Inominado Cível 1042192- 97.2022.8.26.0053; Relator (a): Simone Gomes Rodrigues Casoretti; Órgão Julgador: 2a Turma - Fazenda Pública; Foro Central - Fazenda Pública/Acidentes - 2a Vara do Juizado Especial da Fazenda Pública; Data do Julgamento: 14/09/2023; Data de Registro: 14/09/2023)

Ainda, outro caso de aplicabilidade desta legislação em sede de agravo de instrumento julgado no Tribunal de Justiça de São Paulo:

Agravo de instrumento. Agravante diagnosticado com neoplasia maligna. Pedido de tutela de urgência negado pelo Juízo de primeiro grau. É dever do Poder Público fornecer meios para que o necessitado possa se submeter à tratamento . Hipótese em que não há afronta ao princípio da isonomia. Risco de dano irreversível à saúde do Agravante. Tutela concedida em grau de recurso. Agravo provido .

(TJ-SP - Agravo de Instrumento: 0103932-44.2024.8.26 .9061 São Paulo, Relator.: Flávio Pinella Helaehil - Colégio Recursal, Data de Julgamento: 24/04/2024, 5ª Turma Recursal de Fazenda Pública, Data de Publicação: 24/04/2024)

No entanto, ainda que haja efetividade de aplicação da Lei nº 12.732/12 nas tutelas individuais, estas ainda são limitadas a casos particulares, e não resolvem questões de políticas públicas em si, ou seja, acaba sendo um ciclo repetitivo de demandas ajuizadas por ineficácia absoluta da saúde oncológica, ainda que esta garanta o mínimo de alcance do direito , objetivo este que o Poder Público não realiza.

Contudo, estes processos individuais, por razão de sua própria finalidade, converte toda discussão da política pública em alcance e debate de um “direito subjetivo”, ocultando o verdadeiro conflito existente que é a distribuição dos recursos reservados à saúde, a fim de garantir a eficiência e qualidade das políticas públicas. (ARENHART, p. 1, 2017).

Já as disposições de tutela coletiva incidem com a garantia de uma reforma sistemática, uma vez que objetivam assegurar um direito coletivo aos pacientes oncológicos. Nesta busca, o Ministério Público destaca-se no lugar de defesa do interesse público, principalmente por intermédio do ajuizamento das ações civis públicas, as quais o órgão possui titularidade. (FARIAS, p. 128, 2018).

As ações coletivas exigem, por si só, um aprofundamento da matéria e contexto da política pública aplicada a ela, bem como facilita o dimensionamento dos custos fáticos para concretização dos direitos coletivos como o direito à saúde, além

de realizar a produção de seus efeitos *erga omnes*, preservando a universalidade e igualdade do atendimento, metas primordiais do SUS. (RONEI, p. 118, 2017).

Neste aspecto, é possível observar a necessidade de implementação de um processo estrutural nesta via de ação coletiva aplicável à presente situação do direito ao tratamento oncológico, uma vez que se vincula com a noção de litígio estrutural, baseado em um problema estrutural que pretende alterar o estado de desconformidade, para que haja uma substituição e alcance do estado de coisa ideal. (DIDIER JR; ZANETI JR; DE OLIVEIRA; , p. 7, 2020).

Este processo estrutural não comporta o procedimento tradicional jurisdicional brasileiro -caracterizado também como bipolar- ,uma vez que a decisão não se submete a mera resposta ao direito subjetivo, mas impõe um comportamento com novos critérios para judicialização de políticas públicas, baseando-se na discussão sobre o modo e ambiente que estes conflitos devem ser levados à análise judicial. (ARENHART, p. 5, 2017).

Dessa forma, o processo estrutural busca esta transição de estado de desconformidade, por intermédio de uma decisão de implementação escalonada, dividida em um procedimento bifásico que vise reconhecer, definir o obstáculo estrutural, e ao mesmo tempo estabelecer um programa de reestruturação a ser seguido, utilizando-se inclusive de medidas de cooperação judiciária baseadas na consensualidade e adaptação processual. (DIDIER JR; ZANETI JR; DE OLIVEIRA; , p. 8, 2020).

Além disso, a decisão deste processo estrutural tem um conteúdo complexo, pois primeiro prescreve uma norma jurídica com uma meta de alcance, e depois estrutura o modo como ela deve ser feita para atingir o resultado. (DIDIER JR; ZANETI JR; DE OLIVEIRA; , p. 8, 2020).

Este processo estrutural encontra respaldo jurisprudencial em Repercussão Geral do Tema nº 698, que fixou as seguintes teses de julgamento:

Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL. INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM POLÍTICAS PÚBLICAS. DIREITO SOCIAL À SAÚDE
(...)

6. Fixação das seguintes teses de julgamento: “1. A intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola o princípio da separação dos poderes. 2. **A decisão judicial, como regra, em lugar de determinar medidas pontuais, deve apontar as finalidades a serem alcançadas e determinar à Administração Pública que apresente um plano e/ou os meios adequados para alcançar o**

resultado; 3. No caso de serviços de saúde, o déficit de profissionais pode ser suprido por concurso público ou, por exemplo, pelo remanejamento de recursos humanos e pela contratação de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP)” . (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE nº 684.612. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Redator para o acórdão: Min. Luís Roberto Barroso.) (**Grifo Nosso**).

Neste viés, observa-se justamente os contornos que a decisão judicial sobre políticas públicas deve obedecer, como a apresentação de um plano ou meios adequados de alcance do resultado, assim como enfatiza o modelo de processo estrutural.

Com isso, é possível vislumbrar alguns casos de utilização de algumas ferramentas próprias do processo estrutural, semelhantes ao principal estudo de caso presente do Hospital Napoleão Laureano, do *Parquet*, na busca da efetivação da Lei nº12.732/12.

Em primeiro ponto, destaca-se a atuação institucional do Ministério Público do Estado do Pará, que através da Lei nº12.732/12 aplicada em ação civil pública, a fim de que fossem realizadas providências imediatas na realização das demandas reprimidas de tratamento e adequação dos equipamentos tecnológicos para subsídio de tal (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ, 2023).

De forma semelhante ao estudo de caso, objeto do presente trabalho, o Ministério Público do Pará iniciou procedimento extrajudicial desde o ano de 2021, realizando recomendações para melhoria do atendimento oncológico no Hospital Regional do Baixo Amazonas, o que não foi cumprido e ensejou o ajuizamento da demanda. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ, 2023).

Os pedidos desta ação são de caráter liminar , a fim de garantir o cumprimento da Lei nº 12.732/12, para que urgentemente se promova um plano estratégico de atendimento das demandas oncológicas de pacientes que aguardam mais de 60 (sessenta) dias para início ou continuidade dos tratamentos. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ, 2023).

A ação civil pública foi julgada favorável ao MPPA, tendo a sentença confirmado os pedidos liminares e condenado os réus solidariamente, condicionando o Estado do Pará e o Instituto Social Mais Saúde a efetivar atendimento oncológico no prazo máximo de sessenta dias, ao primeiro tratamento, contados da data do diagnóstico, conforme preceitua a Lei nº 12.732/12, destacando ainda, possibilidade de prazo menor. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARÁ , 2025).

Neste caso do estado do Pará, observa-se a tentativa de uso de ferramentas de consensualidade e diálogo institucional entre os entes, como a exemplo da expedição de recomendações em via extrajudicial, próprias do processo estrutural. Contudo, em face da ineficácia dos entes no cumprimento e melhoria do tratamento oncológico e da rede de alta complexidade, formou-se uma situação que demandou pedido emergencial, assim como o estudo de caso presente do Hospital Napoleão Laureano.

Outro caso de grande relevância foi o trabalho do Ministério Público do Estado do Tocantins, que buscou em ação coletiva conjunta com a Defensoria Pública do Estado do Tocantins (DPE-TO), que o Judiciário reconhecesse a obrigação estatal da manutenção dos serviços de quimioterapia, principalmente pela atualização da compra de medicamentos oncológicos na UNACON local, o qual foi confirmado por força de sentença julgada procedente e encontra-se em fase de execução de título. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS, 2025).

O Despacho de cumprimento de sentença no processo nº0030628-47.2016.8.27.2729/TO, elencou como terceira determinação a necessidade de apresentação de plano de ação para regularizar a fila e mitigar demanda reprimida de tratamento oncológico, devendo ser observado o prazo legal de atendimento de sessenta dias, traduzido pela Lei nº 12.732/12. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS, 2025).

Este plano de ação exemplifica de maneira clara o componente essencial do processo estrutural, que é justamente o alcance de resolução da causa do problema, e não somente da emergência em si, por meio de determinação de medidas reestruturais como esta. Ou seja, o Poder Judiciário em sua decisão, determina o meio que se deve modificar as políticas públicas e o tempo adequado para esta.

Contudo, há de se destacar o caso da Ação Civil Pública nº 0003722-54.2016.4.05.8100, devidamente ajuizada pelo Ministério Público Federal no Estado do Ceará no ano de 2016, visando garantir o cumprimento do art. 2º da Lei nº 12.732/12 através da responsabilização dos entes. Todavia, o pleito foi negado tanto em sentença, quanto em sede de decisão sobre apelação cível.

O Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5) argumentou o desprovimento da apelação do MPF sob a tese de necessidade de respeito à separação dos poderes e possibilidade de aplicação de sanções administrativas reguladas pelo poder de polícia. Analisa-se:

ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MPF. APELAÇÃO. DETERMINAÇÃO PARA CUMPRIMENTO DA LEI N. 12.732/2012. POLÍTICA PÚBLICA DE TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER. AUTORRESTRIÇÃO JUDICIAL. DISCRICIONARIEDADE DO EXECUTIVO NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS. APELAÇÃO IMPROVIDA.

1. Cuida-se de apelação interposta pelo Ministério Público Federal (MPF) em face de sentença proferida em ação civil pública, que julgou improcedente o pedido autoral de cumprimento da Lei nº 12.732/2012, que estipula que o prazo para o início do tratamento de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna deve ser de até 60 dias após o diagnóstico confirmado em laudo patológico.

2. O cerne da questão gira em torno do cumprimento da Lei nº 12.732/2012 que estipula que o prazo para o início do tratamento de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna deve ser de até 60 dias após o diagnóstico confirmado em laudo patológico, sob pena de multa pelo descumprimento.

3. Afirma o apelante que há reiterado descumprimento do disposto no art. 12 da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, no Estado do Ceará, que trata do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna, ante a não observância pelo Poder Público do prazo de até 60 dias para o início do tratamento de paciente com neoplasia maligna desde o diagnóstico em laudo patológico.

4. O douto Magistrado a quo firmou a compreensão de que a Lei n. 12.732/2012, ao estabelecer o prazo para início do tratamento, já delinea as consequências administrativas para o descumprimento dessa obrigação legal. A pretensão do MPF, portanto, busca uma reiteração judicial dessa determinação legal, adicionando a penalidade de multa diária por descumprimento. Assim, o legislador já estabeleceu de forma explícita as consequências legais para o não cumprimento do estipulado no art. 2º, especificando que gestores, direta ou indiretamente responsáveis, estão sujeitos a sanções administrativas, visando garantir que haja uma avaliação de culpa ou dolo nas ações desses gestores.

5. Com efeito, a formulação e implementação de políticas públicas são, em primeiro lugar, atribuição dos Poderes Legislativo e Executivo, cujos membros foram escolhidos para este fim, sendo vedado ao Poder Judiciário, em regra, substituí-los para estabelecer as prioridades, o momento e a forma de realização das tarefas legalmente atribuídas àqueles Poderes, sob pena de violação ao princípio constitucional da separação de poderes.

6. Nesse contexto, a intervenção do Poder Judiciário revela-se adequada em hipóteses excepcionais, em que a omissão e/ou atuação insuficiente da Administração Pública vulnera de maneira incontestada e desarrazoada direitos consagrados no ordenamento jurídico, o que não se vislumbra na espécie, uma vez que editar a lei, o legislador já estabeleceu de forma explícita as consequências legais para o não cumprimento.

7. Deliberar sobre a forma de implementação do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e expedir ordem indicando a forma de cumprimento por parte dos entes públicos da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, seria tamanha irresponsabilidade por parte do Magistrado, pois poderia provocar desordem administrativa e inviabilizar o próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

8. Constatadas falhas procedimentais ou de gestão por parte de agentes sob seu poder de polícia, as autoridades pertinentes devem instaurar os procedimentos administrativos de que trata a própria Lei n.º 12.732/2012 para atingir os gestores direta e indiretamente responsáveis pelo atraso nos cumprimentos dos prazos em questão

9. Apelação improvida.

Por esta razão, se considera possível que ainda que a legislação tenha prazo estipulado, sem qualquer necessidade de ponderação sobre o tempo, o Judiciário ainda pode encontrar entraves para responsabilizar os entes frente às suas omissões de aplicação da Lei nº 12.732/12, como no caso citado anteriormente.

Ainda assim, mesmo com seus obstáculos e risco de aplicação de teorias que negativam os pedidos de aplicabilidade da Lei nº 12.732/12, a judicialização surge como instrumento de efetividade da lei diante de omissões ou falhas administrativas, nas duas perspectivas de tutela, mas com diferentes impactos entre elas.

Embora a tutela individual seja relevante e necessária em inúmeros casos concretos, garantindo acesso imediato ao tratamento para aquele paciente específico, ela não é suficiente para resolver as falhas estruturais que afetam o sistema de saúde. Cada ação individual soluciona apenas a demanda daquele requerente, deixando de enfrentar as deficiências que prejudicam a coletividade.

Assim, a solução judicial isolada acaba atuando como medida paliativa, assegurando o mínimo existencial para um indivíduo, mas sem promover transformações mais profundas na gestão pública.

Nesse sentido, a tutela coletiva se revela mais efetiva ao tratar do direito ao tratamento oncológico, pois permite enfrentar todo um conjunto de problemas estruturais, como a falta de leitos, atrasos na regulação ou insuficiência de recursos em hospitais habilitados.

Ao agir coletivamente, o Judiciário consegue beneficiar um grupo de pacientes, produzindo decisões que obrigam a Administração a adotar medidas de caráter geral, ampliando o alcance da proteção da lei. Dessa forma, a tutela coletiva contribui não apenas para a concretização da Lei nº 12.732/12, mas também para a promoção da isonomia e da justiça social no acesso ao tratamento oncológico.

5. ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO EM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA ANTECEDENTE (nº 0812231-24.2019.4.05.8200)

O presente capítulo tem como objetivo abordar o estudo de caso do Hospital Napoleão Laureano, na Paraíba, de forma a contextualizar o cenário fático do complexo de procedimentos oncológicos no Estado, e abordar, principalmente, o

papel da judicialização na efetivação destes tratamentos sob a ótica da Lei nº 12.732/12.

O processo judicial exposto trata-se de um pedido de tutela antecipada de caráter antecedente, requerido pelo Ministério Público Federal, e acometido em autos sob o nº 0812231-24.2019.4.05.8200, distribuídos inicialmente à 3ª Vara Federal da Paraíba, e em trâmite hodierno no Tribunal Regional Federal da 5ª Região, em face da interposição de recursos.

Este procedimento foi posto em face da União, do Estado da Paraíba e do Município de João Pessoa, buscando a garantia do início do tratamento oncológico em sessenta dias no máximo, desde o diagnóstico, com força na Lei nº 12.732/12, além de apontar as questões pertinentes para promoção deste pedido e demais vinculados às demandas de saúde em questão.

Com isso, proceder-se-á à análise do papel desempenhado pelo Poder Judiciário na efetividade de suas decisões voltadas à concretização da legislação aplicável aos casos que envolvem a área oncológica, especialmente no que se refere à garantia de acesso ao tratamento adequado e tempestivo.

Tal exame se revela de grande relevância, uma vez que o câncer, por sua natureza agressiva e pelo alto custo dos tratamentos necessários, demanda respostas céleres e eficazes por parte do Estado. Nessa perspectiva, o Judiciário se coloca como um ator fundamental para a garantia do direito à saúde, sobretudo diante da ineficiência administrativa

Dessa forma, este capítulo almeja compreender de que maneira as decisões judiciais influenciam a efetividade desse direito, avaliando seus efeitos concretos na vida dos pacientes e no sistema oncológico, permitindo identificar se a intervenção judicial tem se mostrado um instrumento eficaz na realização desse direito social ou se, ao contrário, gera repercussões que desafiam a implementação equilibrada das políticas públicas.

5.1 O CENÁRIO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NA PARAÍBA E AS PROBLEMÁTICAS DO HOSPITAL LAUREANO

O Hospital Napoleão Laureano é uma instituição filantrópica constituída no ano de 1951, por intermédio da vontade do médico Napoleão Laureano, que incentivou como meta pessoal a criação de um centro de combate ao câncer em

João Pessoa, que tornou-se posteriormente a sua morte, a Fundação Napoleão Laureano dirigida por sistema de diretorias.

Esta entidade é reconhecida como um complexo especializado na área ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, clínica, pediátrica e cirúrgica, referência na área oncológica no Estado da Paraíba. Dentre os atendimentos, cerca de 90% (noventa por cento) destes são vinculados aos SUS, com 122 (cento e vinte e dois) cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde-CNES.

Dessa forma, por mais que a entidade seja filantrópica, ao prestar atendimento pelo SUS, este recebe recursos públicos e possui convênio de repasse por metas e atendimentos prestados. Contudo, ainda que houvesse certas medidas estatais, estas não encontravam-se suficientes para regularizar os atendimentos oncológicos.

Através da instauração de inquérito civil no Ministério Público Federal, algumas questões preocupantes quanto ao cenário do Hospital Napoleão Laureano foram apontados, sendo um dos maiores o atraso no início dos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgias eletivas, em razão principalmente das limitações do teto financeiro de atendimento e ausência de atualização da tabela de remuneração dos procedimentos do SUS, assim como outras questões.

Ocorre que, o Ministério Público Federal vinha realizando uma atividade de monitoramento da situação da entidade e dos atendimentos aos pacientes oncológicos, e observou que dentre os maiores impedimentos de um serviço ágil e eficaz aos pacientes encontrava-se a concentração excessiva das demandas oncológicas no Hospital Napoleão Laureano, que atendia na capital João Pessoa muitas demandas das demais cidades da Paraíba que não possuíam esse suporte de alta complexidade.

Ademais, diversas foram as reportagens anunciadas no estado da Paraíba, no ano de 2019, acerca da ausência de tratamento do Hospital Napoleão Laureano, com inclusive denúncia de pacientes de ausência de tratamento de quimioterapia na referida unidade.

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRM-PB), no ano de 2019, em matéria jornalística da rede televisiva “Tambaú Notícias” apontou os problemas colhidos em relatório de fiscalização do Hospital Napoleão Laureano, indicando uma grande quantidade de pacientes que estavam em lista de espera

para realização de quimioterapia principalmente, incluindo alguns que tiveram seu tratamento interrompido por alegação de escassez de medicamentos.

Neste mesmo ano de 2019, o que foi apurado pelo Ministério Público era uma situação de ausência de organização administrativa-financeira e reajuste na tabela dos SUS, fatores imprescindíveis para o bom funcionamento do Hospital Napoleão Laureano e da rede oncológica em si, principalmente no que tange ao cumprimento do prazo inicial de tratamento.

Ainda, através de matéria jornalística divulgada em 05 de maio de 2024, posterior ao processo judicial objeto deste trabalho, pela Rede de TV- Cabo Branco, a Corregedoria Geral da União divulgou relatório que indicava diversas irregularidades do Hospital Napoleão Laureano, e dentre eles um dos mais preocupantes era a situação de atraso nos tratamentos e suas respectivas interrupções. Veja-se trecho da notícia:

“Apesar de os atrasos serem constantes na quase totalidade da amostra, em apenas alguns dos prontuários médicos da amostra, foi possível identificar anotações de profissionais fazendo referência a atraso/suspensão de tratamentos e falta de medicamentos no hospital, porém, na maioria dos casos, as informações contidas no prontuário foram insuficientes para esclarecer a razão de atrasos frequentes no cronograma das quimioterapias da amostra analisada” (GLOBO- Panorama PB, 2024).

Diante de todo cenário exposto, ressalta-se repercutir até hoje a problemática em questão. Dessa forma, Ministério Público Federal decidiu pela iniciativa de judicializar o procedimento desde o ano de 2019, a fim de buscar a efetividade do prazo de tratamento em sessenta dias garantidos pela Lei nº 12.732/12, no Hospital Napoleão Laureano, apontando inclusive, o quadro de possibilidade intensa de avanço da doença, situação que poderia custar a vida de muitos pacientes.

5.2 O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E A JUDICIALIZAÇÃO DO CASO

Em razão das irregularidades identificadas no Hospital Napoleão Laureano, e em face da violação clara do direito fundamental à saúde dos pacientes oncológicos, o Ministério Público Federal, após acompanhamento extrajudicial e tomada de medidas contenciosas, exerceu seu papel institucional de proteção dos interesses sociais e indisponíveis, e procedeu com a judicialização do caso.

Sendo assim, no ano de 2019, o Ministério Público Federal requereu judicialmente uma “*tutela provisória de urgência antecipada antecedente*”, em face da União, do Estado da Paraíba e do Município de João Pessoa. Após relatar os fatos como situação gravíssima em que se encontravam os pacientes oncológicos, pontuou que o principal desafio a ser objeto da atenção dos entes estava na questão da observância do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data do diagnóstico, para início do tratamento pelo SUS, conforme determinação legal da Lei nº 12.732/12.

Através deste pedido, o MPF buscou pleiteá-lo se baseando em alguns pilares jurídicos. Primeiramente, a necessidade da responsabilização dos três entes foi um tópico importante para que o direito fosse implementado, utilizando como base do direito à saúde, a Constituição da República, com força no seu art. 196, mas também do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), em seu art. 12, bem como o Protocolo de São Salvador.

No que tange a competência comum destes entes para sua responsabilidade mútua pelo direito à saúde, foi elencado o art. 23 da própria Constituição da República, bem como o art. 8º da Lei nº 8.080/90- Lei do SUS. A legislação imprescindível - Lei nº 12.732/12- , garantia um direito subjetivo claro de todos os pacientes oncológicos ao tratamento no prazo de sessenta dias, sendo claramente possível exigi-lo diretamente do poder público. Observa-se o art. 3º da Lei nº 12.732/12:

Art. 3º. O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas

Ademais, a própria Portaria nº 876/2013, em seu art. 7º, deixa evidente a competência dos três entes na organização da assistência oncológica e fluxo do atendimento após comprovado diagnóstico e é trazido na sustentação do direito. Ainda, a Portaria nº 874/2013, em seu art. 21º é elencada e diz:

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer;

(...) IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário;

V - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades;

(...) IX - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades;

Nesta competência, o financiamento para o tratamento fica a cargo do Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC, e que observou-se pelo MPF, que a Secretaria de Saúde já havia solicitado elevação do teto deste componente em uma quantia específica, já que este encontrava-se completamente defasado em razão do aumento populacional e índice elevado da doença.

No segundo ponto, constatou-se de forma exímia o legítimo cabimento do controle judicial como caminho para garantia do direito à saúde na situação encontrada. O que o Ministério Público destacou, de forma objetiva, é que o direito subjetivo público é determinado pela política pública, e que quando esta é inexistente ou insuficiente, a judicialização ocorre como fenômeno de mero cumprimento.

O trabalho realizado pelo Poder Judiciário, através da determinação de medidas judiciais que visem garantir os direitos constitucionais, a dignidade humana e o mínimo existencial, não é nada mais que uma obrigação jurídica e constitucional, uma vez que o Poder Executivo não fomentou as políticas públicas necessárias, permanecendo inerte, sem que isso constitua interferência de poderes ou ingerência no poder de administrar pertinente ao Executivo. Tampouco, neste caso, há que se levantar atuação legislativa, uma vez que a referência legal já existe na Lei nº 12.732/12, sendo apenas o papel essencial da Justiça e do Ministério Público, pleitear este direito.

Com isso, o MPF a partir destas duas bases jurídicas, buscou a efetivação do direito ao tratamento oncológico através de algumas medidas concretas. A elevação imediata do teto MAC para o Município de João Pessoa foi um dos pedidos centrais desta demanda, tendo como base o valor correspondente como necessário

na avaliação da Comissão de Intergestores Bipartite, órgão competente no SUS para tratar da temática em caráter estadual.

Dessa forma, buscou-se a elevação no sentido de cumprir o que já foi decidido nas gestões locais, cabendo à União conceder as condições de recursos necessários para viabilizar o direito ao tratamento tempestivo.

Como segundo pleito, o MPF buscou que fosse realizada auditoria sobre custos e financiamento dos serviços de oncologia do Estado, estando o Hospital Napoleão Laureano incluso. O intuito da auditoria, que já fora pedida em âmbito extrajudicial e que não foi realizada pelo Ministério da Saúde, descumprindo o requerimento do MPF, é que houvesse definição de soluções duradouras e preventivas para situações como esta.

Ato contínuo, o *Parquet* observou a necessidade de realização de estudo sobre dimensionamento da rede de atendimento oncológico no Estado da Paraíba. O cenário de concentração de atendimento oncológico no Hospital Napoleão Laureano, que possui referência como assistência ambulatorial de alta e média complexidade, contendo cerca de 90 a 92% dos atendimentos vinculados ao SUS, trouxe a necessidade de estudar sobre outras vias de atendimento.

Neste contexto, o órgão ministerial propõe a atuação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), a fim de monitorar e gerenciar a assistência oncológica, a fim de articular as instâncias estaduais e municipais, descentralizando os atendimentos do Hospital Napoleão Laureano.

Ainda, como proposta e exemplificação, o MPF colhe informações no ínterim do inquérito civil, para auxiliar nas propostas de ampliação da Rede de Atendimento em Oncologia, trazendo como uma medida a inserção e habilitação do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) como um Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar e Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), assim como adição de serviços ao Hospital do Bem, localizado em Patos e disponível para atendimento da cidade e localidades circunscritas.

A deflagração do processo de avaliação da viabilidade de incorporação de medicamentos oncológicos ao SUS, também foi ponto jurídico da presente ação. O órgão destaca que, o gasto do Estado da Paraíba em medicamentos não elencados no SUS possuía um investimento próximo ao montante destinado pela União para financiamento oncológico.

Ou seja, o ente autor da ação levanta a necessidade de realizar uma avaliação para que estes medicamentos possam ser inseridos no protocolo do SUS, como bem preceitua a Lei nº 8.080/90, em seus arts. 19-Q e 19-R, através da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia ao SUS, chamada de CONITEC.

Ainda neste ponto, o Ministério Público sustenta a necessidade do “*protagonismo da União*” no que tange a disponibilização de recursos, não devendo haver uma sobrecarga financeira do estado para fornecimento dos medicamentos oncológicos excluídos do SUS, e que por muitas vezes, são fornecidos posteriormente à judicialização de pedidos destes.

Como quinto ponto trazido no pedido de tutela, o MPF aduz que ainda que a elevação do teto MAC seja realizado de maneira liminar, é necessário pensar em efeitos práticos imediatos, que visem suprir os atendimentos urgentes, ou seja, dos pacientes que já se encontram em longo lapso de espera, assim como retomar os tratamentos interrompidos, destacando a necessidade da priorização infantil.

Dessa forma, o Procurador da República postula três medidas essenciais para garantir o tratamento tempestivo, sendo estas: a aquisição de medicamentos pela União para reativação do centro hospitalar; o financiamento antecipado pela União dos procedimentos oncológicos, com devida prestação de contas em juízo; e a contratualização de demais instituições, caso haja disponibilidade.

Por último, o Ministério Público preocupou-se com requerer, de maneira secundária, a autorização excepcional de custeio parcial dos tratamentos oncológicos do Hospital, garantindo que haja responsabilização dos demais entes, como Município e Estado, uma vez exista solidariedade, ainda que o foco esteja no auferimento de responsabilidade da União.

Somado a isso, a fim de garantir o cumprimento da tutela antecipada, o Ministério Público demandou que fosse feito o bloqueio das verbas de publicidade dos entes requeridos, destacando as prioridades de investimento.

Neste íterim, afirmou que o bloqueio deveria ser feito realocando emergencialmente esses recursos para atendimento da ordem judicial, destacando inclusive, julgamentos do Supremo Tribunal Federal (STF) em sede de Agravo Regimental, que realizaram este bloqueio para fornecimento de medicamentos à pacientes carentes. (STF, 2009).

Dessa forma, é possível observar que o Ministério Público Federal atuou de maneira estratégica, uma vez que tratou de solucionar as questões atuais e

emergentes, por meio de soluções rápidas , mas não se limitou a esta ação. A visão macro-sistêmica da situação do tratamento oncológico no Hospital Laureano está correlacionado, de maneira direta, a toda uma má estruturação da rede oncológica no estado da Paraíba.

Por isto, o MPF buscou detalhar medidas precisas e possíveis que solucionassem a questão da rede oncológica como um todo, buscando expandir o sistema e as redes disponíveis de tratamento, além de elencar medidas que possibilitem efetuar um mapeamento e acompanhamento destas pelos gestores públicos.

Tal atuação demonstra uma preocupação única do órgão em buscar as raízes da questão, utilizando de todas as ferramentas possíveis para que o Judiciário julgasse procedente estas medidas eficazes para a disponibilidade do tratamento oncológico.

5.3 O EXAME DA APLICABILIDADE DA LEI N° 12.732/12 NO CASO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO CONCEDIDO PELO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO

Em seguida ao oferecimento da exordial, o Poder Judiciário seguiu os trâmites processuais, tendo a União se manifestado com base na Portaria SAS/MS 140, indicando que a competência para diagnóstico e concessão de tratamento é da unidade credenciada na condição de CACON, não havendo financiamento dos centros por parte da União, mas apenas um ressarcimento aos procedimentos realizados.

Ademais, fundamentou a União que os pedidos relacionados a sua responsabilização não continham viabilidade jurídica , pois quem deveria suportar a aquisição, padronização e fornecimento dos medicamentos e tratamentos seriam os hospitais habilitados, e as medidas caberiam aos Gestores de Saúdes locais, não abarcando a União.

Já o Estado, em sede de manifestação, argumentou que a responsabilidade pelos fatos contextualizados na inicial apenas perpassaria pelo Estado da Paraíba, destacando que o Hospital Napoleão Laureano não é gerido pelo Estado ou por qualquer um de seus entes, e que de acordo com o regulamento do SUS, o sistema de cuidado em oncologia seria responsabilidade da União e dos Municípios.

É a partir destas divergências entre os entes que é possível se encontrar a característica da multipolaridade² do processo estrutural, que se dá na formação de multiplicidade de interesses envolvidos, que podem vir a se polarizar a depender da questão discutida, ou também um alinhamento. ((DIDIER JR; ZANETI JR; DE OLIVEIRA; , p. 12, 2020).

Após o contraponto das partes ré, a Decisão de tutela de urgência reconheceu a legalidade da postulação do órgão ministerial, e passou a examinar cada um dos pedidos da peça inicial do MPF. Primeiramente, o magistrado destacou que o ponto principal da ação estava nas contas inconsistentes do financeiro do Hospital Napoleão Laureano, em face da limitação do teto financeiro do SUS nas demandas de média e alta complexidade.

Sendo assim, entendeu-se que o custo dos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e internação pelo Sistema de informação ambulatorial (BPA- Boletim de Produção Ambulatorial) estava sofrendo diretamente os impactos desse imbróglio. A partir disto, todos os pontos de análise decisório partiram do pressuposto de enfrentar esta questão do tratamento, com base no disposto na Lei nº 12.732/12.

No que concerne a isso, a Decisão de tutela garantiu a procedência em parte da requisição, de modo que determinou a avaliação do aumento do teto da média e alta complexidade, intrínseco aos procedimentos oncológicos, e tratando também da defasagem da tabela do SUS, baseando-se na Resolução CIB-PB de 22 de março de 2019, com respectivo envio ao Ministério da Saúde.

Outrossim, determinou auditoria no Hospital para fiscalizar os repasses e financiamentos do SUS neste, para entender as raízes dos problemas de oferecimento de tratamento. Contudo, fica visível que a responsabilização solidária não foi questão enfrentada na tese decisiva, assim como a necessidade do tratamento em sessenta dias e ampliação da rede oncológico, e por isso, o MPF opôs embargos declaratórios frente às omissões.

Desse modo, a Decisão acerca dos Embargos de Declaração acolheu-os, e determinou que o Município de João Pessoa comprasse os fármacos e insumos necessários para o tratamento no Hospital, e também que fossem estabelecidas todas as medidas para que os pacientes diagnosticados sejam atendidos no prazo

² ARENHART, Sérgio Cruz destaca que “ o conflito estrutural trabalha com a lógica da formação de diversos núcleos de posições e opiniões (muitas delas antagônicas) a respeito do tema a ser tratado” (ARENHART, Sérgio Cruz. Processo multipolar, participação e representação de interesses concorrentes.)

exato de sessenta dias, baseando-se na Lei nº 12.732/12, ainda que seja necessária contratualização emergencial.

A responsabilização solidária foi enfrentada quando a decisão elencou que a União teria o dever de ressarcir ao Município de João Pessoa, os custos auferidos para gastos com fármacos e insumos, que tenham intuito de regularizar os tratamentos e atendimentos conforme a Lei dos sessenta dias, uniformizando as transferências diretas fundo a fundo, de maneira complementar e mensal.

Entretanto, apesar de toda conjuntura favorável exposta na Decisão do Judiciário, um outro caminho será percorrido pelo Ministério Público Federal ao longo do processo, o qual seria o cumprimento das obrigações impostas. Neste aspecto, o MPF acompanha de forma exímia as responsabilidades distribuídas na decisão para cada um dos entes e postula ao Poder Judiciário execução provisória da multa diária no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais), nos termos dos arts. 536, caput e §1º, e 537, caput do CPC/15.

Tal fato ocorre pois, em análise feito pelo órgão ministerial, a inércia dos entes federados é estarrecedora, e atinge o direito à saúde de diversos pacientes oncológicos, uma vez que se limitam a apresentar justificativas das suas obrigações legais, havendo decorrido prazo de mais de um ano sem o devido cumprimento da decisão. Apenas após esse período, foram adotadas providências iniciais para modificação do cenário, conforme manifestações apresentadas pelos réus.

No ano de 2020 é que iniciaram-se as declarações dos entes acerca do cumprimento das obrigações de fazer imposta, tendo o Município, através da Secretaria de Saúde, disponibilizado a relação dos pacientes que se encontravam em tratamento, mas que o tiveram interrompido por falta de medicamentos, e a relação das tecnologias, medicamentos e insumos necessários a padronização da saúde, constatando o consumo médio mensal (CMM).

Já o cumprimento da averiguação da possibilidade de elevação do teto MAC/ONCO para os usuários do SUS pela União, foi iniciada no ano de 2020, a partir da análise e relatório produzidos pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, tendo transcorrido mais de dezessete meses entre o pedido e o início do feito. Contudo, sob a declaração de que houve dúvida do Ministério da Saúde sobre qual órgão seria encarregado de cumprir a decisão judicial de elevação do teto, esta ação só foi finalizada no final do ano de 2020, e ainda assim, faltava a conclusão de relatório de auditoria.

Não obstante, a partir de iniciativa do MPF em estabelecer pedido de designação de audiência de justificação, no 14 de dezembro de 2021, foi possível articular os entes para estabelecimento de acordo de novos prazos para cumprimento das obrigações, ouvindo cada particularidade e buscando um denominador possível, mas justo frente às necessidades dos pacientes. Dessa forma, fica evidenciado o uso da ferramenta de mediação e conciliação do processo estrutural, fundamentada na articulação e planejamento dos entes deste modelo.

Ainda, cumpre salientar que o processo está em curso em sede de Recurso Especial interposto pela União e Município de João Pessoa, após prolação de Acórdão que julgou procedente apelação do MPF contra a sentença que extinguiu o processo sem resolução do mérito, baseado na ausência de aditamento da inicial pelo MPF.

O Tribunal compreendeu não ter havido intimação pessoal necessária para aditamento da inicial, bem como destacou que o mérito da causa tem nítido interesse público e fundo constitucional, decidindo pela anulação da sentença que extinguiu o processo.

Contudo, ainda que o processo esteja em andamento em sede recursal, é possível analisar a aplicação da Lei nº 12.732/12 neste pedido de tutela provisória de urgência de forma a visualizar seus efeitos concretizados no cumprimento provisório de sentença nº.0803560-36.2024.4.05.8200.

Em sede de cumprimento provisório, foi possível analisar avanços relevantes na assistência oncológica na Paraíba, especialmente no Hospital Napoleão Laureano, destacando a instalação de novo acelerador linear de radioterapia; ampliação de turnos e vagas para esse tratamento radioterápico; a implementação de um programa de navegação oncológica com equipes multiprofissionais e adoção de critérios técnicos de priorização para radioterapia conforme a urgência clínica.

Para além disto, no Hospital Napoleão Laureano, houve avanço por meio do Programa Paraíba contra o Câncer, que modernizou o fluxo regulatório estadual, a integração de enfermeiros navegadores e a própria estrutura multiprofissional de acompanhamento individualizado dos pacientes, além de contratar a Clínica Oncovida para realizar sessões de radioterapia e quimioterapia, suprimindo assim, a insuficiência da oferta exclusiva do Hospital.

Ainda, neste mesmo Programa percebeu-se a redução nos prazos de diagnóstico anatomopatológico, que passaram de média superior a 14 (catorze) dias para cerca de 6 (seis) a 7 (sete) dias, bem como houve uma melhoria nas logísticas de coleta de material e emissão remota de laudos. Somado a isso, foram abertos leitos de retaguarda no Hospital Edson Ramalho e no Hospital de Clínicas de Campina Grande para conceder suporte ao Programa Paraíba contra o Câncer.

Dessa forma, se observa que o pedido de aplicação da legislação, por si só, é suficiente para que haja deferimento judicial, uma vez que não há contorno dúbio do lapso temporal devido nos casos de concessão de tratamento oncológico. Ademais, ainda que o Judiciário emita decisão favorável, no presente caso, o cumprimento de algo que deveria ser espontâneo da Administração Pública ainda é moroso, o que evidencia a ineficiência da implementação das políticas públicas, mesmo em um direito líquido e certo como este do tratamento oncológico.

Torna-se ainda mais impactante o fato da pauta ser tão sensível como a neoplasia maligna, uma moléstia severa que acomete o cenário mundial e oportuniza todo um contexto de sofrimento aos cidadãos que recebem seu diagnóstico, e não somente estes, mas toda sua família.

O Ministério Público Federal, no presente caso prático demonstra ser um essencial aliado da aplicabilidade da Lei nº12.732/12 e dos direitos dos pacientes oncológicos, uma vez que não se limitou em ajuizar a ação, mas teve o compromisso de buscar informações sobre o cumprimento de sua decisão, e averiguar as imposições práticas de todas as informações prestadas pelos entes, sendo perceptíveis os avanços no cumprimento de sentença.

De forma primordial, o MPF trata o caso do Hospital Napoleão Laureano à luz de alguns elementos do processo estrutural, buscando no estabelecimento e divisão de pedidos da ação de tutela, uma decisão que traga meios de reestruturação da realidade fática, visando definir tempo, modo e grau deste feito, além de buscar um persistente monitoramento destas medidas. (DIDIER JR; ZANETI JR; DE OLIVEIRA; , p. 18, 2020).

Dessa forma, o Ministério Público buscou uma determinação urgente e imediata, a qual foi necessária e pertinente à situação do caso, e possível de ser feita no âmbito do processo estrutural em situações como esta, através do pedido de cumprimento de obrigação de fazer , elencado em quatro pontos diferentes, sendo estes: a garantia do imediato atendimento no prazo de sessenta dias, e a

retomada dos tratamentos interrompidos; a promoção imediata da elevação do teto financeiro da Média e Alta Complexidade; a realização de auditoria no Hospital Napoleão Laureano sobre as insuficiências do financiamento do SUS; a realização de estudo conclusivo para ampliar a Rede local de Atendimento em Oncologia; e a deflagração de processo de avaliação pela CONITEC de viabilidade de incorporação aos protocolos do SUS todas as medicações oncológicas fornecidas pelo Estado da Paraíba.

Com isso, apesar do cunho imediatista com prazos curto destes pedidos, a decisão cuidou de estabelecer lapso temporal razoável, através de um denominador comum entre necessidade e possível cumprimento, e delimitação das obrigações de fazer dos entes para concretização do direito ao tratamento oncológico, funcionando como espécie de decisão de provimento em cascata³, uma vez que fixa as diretrizes para proteção do direito, mas que não se esgota em si, necessitando de outras decisões para solução das questões, em razão da problemática ser de cunho estrutural complexo.

Esta decisão cascata, apesar de não solucionar a causa que enseja a situação emergente que os pacientes oncológicos enfrentam, irá funcionar como base para as próximas medidas deste processo, que visem solucionar o processo estrutural por meio de seus mecanismos de cooperação entre as instituições presentes no procedimento.

Ademais, o MPF ajuíza o pedido, ainda que de forma urgente, baseado em um anterior estudo minucioso, por intermédio de inquérito civil, que realiza um mapeamento de todas as causas principais deste atraso no tratamento oncológico, utilizando assim, de mais uma característica do processo estrutural que é encontrar as causas dessa ineficiência das políticas públicas e como é possível solucioná-las gradativamente.

Todavia, apesar de a decisão contemplar os quesitos de tempo, modo e grau (DIDIER JR; ZANETI JR; DE OLIVEIRA; p. 18, 2020) necessários na prolação da decisão, bem como uso de ferramentas do processo estrutural pelo MPF no caso presente, a partir da concretização de um planejamento com tempo determinado

³ O autor Sérgio Cruz Arenhart destaca que os provimentos em cascata são medidas estruturais típicas de prolação de primeira decisão, que se limita a fixação de linhas gerais e diretrizes de proteção do direito a ser tutelado, criando núcleo de posição jurisdicional sobre o problema a ele levado, também reconhecido como decisão “*principlológica*” (ARENHART, Sérgio Cruz. “Decisões estruturais no direito processual civil brasileiro”. Revista de Processo. São Paulo: RT, 2013, ano 38, vol. 225, p. 400.)

para reestruturar o sistema de assistência oncológica, bem como a proposição de medidas conciliatórias como foi feito no caso através da audiência de justificação, o Judiciário ainda carece de ferramentas para concretizar este sistema.

Ocorre que, apesar **do** MPF requerer o monitoramento, inclusive através de auditoria realizada pelo DENASUS, e estas serem realizadas em um primeiro momento, encontram-se ausentes as medidas coercitivas que garantam a aplicabilidade de suas decisões, como a exemplo do indeferimento do pedido de bloqueio de verbas de publicidade no estudo de caso presente, que se fazia necessário para garantir a tutela.

No caso presente do Hospital Napoleão Laureano, é salutar ressaltar que ainda que o Poder Judiciário exerça papel fundamental, nos limites de sua atuação, ainda necessita de um mecanismo que garanta o cumprimento de suas decisões, e utilize da decisão cascata de provimento inicial como uma base facilitadora de desenvolvimento de outras medidas que mitiguem esta problemática estrutural.

Esta inefetividade das decisões, fundamentada na ausência de acompanhamento de cumprimento de medidas coercitivas que garantam a obrigação de fazer, é um obstáculo intrínseco da efetivação da Lei nº 12.732/12 por via judicial.

A necessidade de criação de uma sistemática de acompanhamento pelo Poder Judiciário, como a exemplo de um Comitê Gestor responsável⁴, que acompanhe a situação e busque informar as melhorias e necessidades no caminho de alcance das metas, é imprescindível para que estas decisões possuam surtir efeito, e assim atingir o estado ideal dos direitos fundamentais buscado em um caso complexo de demanda estrutural.

Ainda, o Poder Judiciário carece de instrumentos que possibilitem maior articulação entre os entes, com intuito de garantir o caráter conciliatório proposto no processo estrutural, e já estabelecido como dever e responsabilidade de promoção do magistrado, elencado no art. 139, inciso V do CPC/15.

⁴ A ideia de um Comitê específico para fiscalizar a implementação da reforma projetada advém das técnicas previstas na Lei nº 11.101/2005 (Lei de Falências) e da Lei nº 12.529/2011 (Lei de defesa da concorrência), quanto a possibilidade de nomeação judicial de um administrador ou interventor. Este comitê faria a exigência mais próxima dos entes para entrega de relatórios periódicos, designação de audiências periódicas e inspeções judiciais, visando implementar a meta fixada na decisão estrutural. (DIDIER JR; ZANETI JR; DE OLIVEIRA; , p. 22, 2020).

Ademais, a situação ainda que emergencial, encontra dificuldade de cumprimento pela morosidade do Judiciário e a ausência de aplicações de sanções mais severas, que visem não somente suprir as omissões atuais do Estado na implementação da Lei nº12.732/12, mas também reestruturar o sistema público de saúde , para que não se repitam tais omissões, e que o próprio sistema possa autoavaliar-se e corrigir-se quando necessário.

Contudo, é cabível ressaltar que mesmo com falhas e necessidade de aperfeiçoamento das decisões, principalmente no que concerne ao seu cumprimento pelo Judiciário, torna-se necessário o aprimoramento do uso do modelo do processo estrutural, o qual tem potencial para ter papel fundamental na reestruturação de políticas públicas inadequadas e ineficientes, principalmente nas situações emergenciais, como demonstrado no presente estudo de caso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar a judicialização do direito ao tratamento oncológico e os desafios da efetivação da Lei nº 12.732/12, tendo como eixo central a investigação sobre o papel do Poder Judiciário na garantia da aplicabilidade fática desse diploma normativo.

Sendo assim, por intermédio do estudo de caso do Hospital Napoleão Laureano, através da análise do pedido de tutela antecipada realizada pelo Ministério Público Federal (MPF) foi possível compreender de que maneira a tutela jurisdicional tem se consolidado como instrumento de efetividade da norma, principalmente por meio da responsabilização dos entes públicos por força de aplicação de medidas próprias do modelo do processo estrutural.

Dessa forma, primeiramente foi examinado o direito fundamental à saúde no ordenamento jurídico, tanto em sua dimensão constitucional quanto internacional. Verificou-se que a Constituição da República de 1988 consagrou a garantia à saúde como um direito social, impondo ao Estado um dever de prestação positiva para a sua efetivação.

Constatou-se, ainda, que instrumentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, reforçam a necessidade de atuação estatal progressiva, sem retrocessos, na concretização desse direito. Dessa forma, concluiu-se que a saúde não pode ser considerada apenas uma previsão normativa, mas um direito cuja realização prática constitui pressuposto do próprio gozo da dignidade da pessoa humana.

Ainda, o trabalho buscou destacar a importância, especificamente, da Lei nº 12.732/12, conhecida como “Lei dos Sessenta Dias”, que estabelece o prazo máximo para o início do tratamento oncológico pelo SUS após o diagnóstico da neoplasia maligna. A análise demonstrou que, embora a lei represente um marco regulatório no enfrentamento ao câncer, sua implementação enfrenta barreiras de ordem administrativa, orçamentária e estrutural.

Destacou-se, sobretudo, a defasagem do sistema de regulação oncológico, causada pela sua inserção nas demandas de alta complexidade, e que ainda não consegue garantir o início tempestivo do tratamento para todos os pacientes. Concluiu-se, assim, que a norma, apesar de sua relevância, tem

encontrado dificuldades em sua aplicação prática, o que fragiliza sua eficácia social, e prejudica o essencial direito à saúde dos pacientes oncológicos.

Ademais, o estudo apontou acerca do fenômeno da judicialização da saúde e sua incidência específica nas demandas oncológicas, no que tange ao acesso ao tratamento de quimioterapia, radioterapia e imunoterapia, em prazo adequado de sessenta dias.

Observou-se que a judicialização surge, em grande medida, como resposta à omissão do Estado em implementar políticas públicas capazes de dar concretude à Lei nº 12.732/12. Destacou-se, também, a atuação do Ministério Público e da Defensoria Pública, bem como a relevância da tutela coletiva, que se mostrou um mecanismo mais eficaz do que a tutela individual para a proteção de grupos de pacientes, e contenção das problemáticas estruturais.

Concluiu-se que o Judiciário, ao atuar nesse campo, cumpre sua função institucional de garantir direitos fundamentais, não havendo que se retratar a este ato como uma desconformidade com a divisão dos Poderes Constitucionais, uma vez que o Judiciário tem sido buscado para fazer cumprir a própria legislação definida. Contudo, o Poder Judiciário não deve ser compreendido como substituto da atuação estatal, sob pena de sobrecarga do próprio sistema, que trata diariamente com casos complexos da área de saúde.

Ato contínuo, foi trazido à análise do estudo de caso do Hospital Napoleão Laureano, a partir do pedido de tutela antecipada ajuizado pelo Ministério Público Federal. O caso concreto permitiu verificar, na prática, como a intervenção judicial foi capaz de assegurar o acesso ao tratamento oncológico de pacientes em situação de vulnerabilidade, diante da ausência de investimentos e da precariedade estrutural enfrentada pelo hospital, que sofreu com a ausência de medicações básicas para tratamento quimioterápico.

Constatou-se, portanto, que essa judicialização, sob a ótica do processo estrutural, é essencial na construção concretista na qual o Brasil busca seguindo as diretrizes da Constituição da República de 1988, uma vez que as omissões do Poder Executivo trazem uma situação de necessidade de atuação do Poder Judiciário, quando este sistema é acionado, a fim de salvaguardar o direito fundamental à saúde.

Ademais, a imposição de multas e aplicação de sanções administrativas são apenas mecanismos de se fazer cumprir as obrigações impostas, sendo o objetivo

primordial, estabelecido pelo processo estrutural, a busca por outras possibilidades de condução judiciária, como a via conciliatória e o estabelecimento de plano de ação para concretização de metas.

Ocorre, que, a Justiça no âmbito nacional só poderá atuar nestas questões de judicialização da Lei nº12.732/12, através do caso concreto, ainda que este trate de problemáticas estruturais de um local, hospital ou região específica, como o estudo de caso presente do Hospital Laureano. No que tange a transformação das políticas públicas, em sua essência, estas só conseguem ser modificadas de forma cabal, pelas estratégias administrativas e alocações financeiras na alta complexidade do SUS, em todas as suas instâncias de atuação.

Neste contexto, é fundamental reconhecer que o Judiciário cumpre apenas sua função institucional, ao assegurar a supremacia da Constituição e a defesa dos direitos fundamentais. Todavia, não pode permanecer assoberbado por demandas individuais pelas questões de assistência oncológica, sob pena de desvirtuamento de sua missão precípua e de comprometimento da própria efetividade da justiça.

Sendo assim, a forma pertinente para tratar as problemáticas de viés complexo -como questões de saúde pública e o tratamento oncológico- é por intermédio da judicialização à luz do processo estrutural, que visa racionalizar a qualidade de acesso às políticas públicas como as da área da saúde, e tratar as causas que ocasionam a ausência de efetividade destas.

Tal processo estrutural dar-se-á pelo viés coletivo e pela formação de decisões escalonadas, assim como foi no estudo de caso deste trabalho, em que primeiro o MPF buscou diretrizes iniciais e emergenciais por intermédio de uma decisão de efeito cascata, para que posteriormente ao pedido de tutela pudesse ser feito o aditamento da inicial e pedido final, que visava consolidar a transformação estrutural do sistema de assistência oncológica na rede da Paraíba.

Contudo, em sede conclusiva é possível relatar certos obstáculos do próprio Judiciário, ainda que utilizando o processo estrutural, principalmente na perspectiva de análise do estudo de caso do Hospital Napoleão Laureano. É possível observar o grande lapso temporal para cumprimento dos pedidos propostos que objetivam a garantia do tratamento oncológico. No estudo de caso, esta situação foi configurada na própria decisão que estabeleceu um novo prazo de cumprimento das obrigações de fazer dos entes, ainda que o Ministério Público houvesse pleiteado um prazo de dez dias para isto.

Ademais, a ausência do acolhimento do pedido de bloqueio de verbas dos entes pelo Poder Judiciário, no presente estudo de caso também demonstra um entrave, pois este bloqueio seria uma forma de viabilizar a tutela requerida, bastando que o Juiz se utilizasse de adequada fundamentação.

Ainda assim, a judicialização ainda é um caminho necessário e tem demonstrado mudanças benéficas na garantia do direito ao tratamento oncológico, assim como no estudo de caso presente, em que foi possível observar uma mudança de cenário da assistência oncológica, em sede de cumprimento provisório.

Dessa forma, somente a partir de um processo estrutural, com diálogo e participação dos entes, de forma planejada e comprometida com os valores constitucionais, estes possam reestruturar a situação da assistência oncológica no Brasil e consolidar, de modo pleno, a efetividade do direito fundamental ao tratamento oncológico tempestivo.

Portanto, cabe concluir que o Judiciário, apesar de possuir certos entraves e problemáticas, a judicialização ainda tem sido uma ferramenta de indiscutível valor na efetivação da Lei nº 12.732/12, em que o Poder Judiciário tem atuado como um verdadeiro indutor das políticas públicas, com base na aplicação do modelo de processo estrutural, com prolação de decisões que priorizam o direito à saúde, o sistema único e universal, e o mínimo existencial, através do uso de ferramentas deste modelo estrutural, como as medidas de conciliação e decisões de caráter escalonado, que visam reestruturar políticas públicas como a assistência oncológica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 de jun. 2025;

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 1, 23 nov. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 17 jun. 2025

BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023**. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União: Seção 1*, p. 1, 20 dez. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias. *Diário Oficial da União: Seção 1*, Brasília, p. 1, 31 out. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União: Seção 1*, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em Nova York, em 13 de dezembro de 2006, e seu Protocolo Facultativo. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 set. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as

ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2007. Seção 1, p. 19. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.htm. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada em Nova York, em 20 de novembro de 1989.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 nov. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. **Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 275, de 2015. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer prazo máximo de 30 dias para realização de exames necessários à elucidação diagnóstica em casos de suspeita de neoplasia maligna.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1299140&filename=Tramitacao-PL%20275/2015. Acesso em: 21 set. 2025.

ALEXY, Roberto. **Teoria dos Direitos Fundamentais.** Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 5. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos_humanos_stricto_sensu/alexey-robert-teoria-dos-direitos-fundamentais.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 14. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2024.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** 33. ed. São Paulo: Malheiros, 2018.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Tradução de Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

WATANABE, Kazuo. **Acesso À Ordem Jurídica Justa. 1.ED.** Belo Horizonte: Fórum, 2019. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/livro/L2828>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SOUSA, Michelle Bitta Alencar de. **As filas de espera no SUS: a judicialização como instrumento de acesso aos serviços de saúde.** Curitiba: Juruá, 2022.

FOGAÇA, Anderson Ricardo. **Análise econômica do direito e judicialização da saúde: mínimo existencial versus reserva do possível.** Curitiba: Juruá, 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos.** In: BUCCI, Maria Paula Dallari et al. (Org.). *Direitos humanos e políticas públicas.* São Paulo: Pólis, 2001.

NARVAI, Paulo C. **SUS: uma reforma revolucionária. Para defender a vida. (Coleção ensaios)**. São Paulo: Autêntica Editora, 2022. *E-book*. p.29. ISBN 9786559281442. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559281442/>. Acesso em: 15 set. 2025.

DRESCH, Luís Renato. BICALHO, Fábila Madureira de Castro. **Manual De Direito À Saúde**. 1.ED.. Belo Horizonte: Fórum, 2019. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/livro/L3965>. Acesso em: 12 jun. 2025.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **Possibilidades E Limites Do Controle Judicial Das Políticas Públicas De Saúde**. 2.ED.. Belo Horizonte: Fórum, 2020. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/livro/L4015>. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Acórdão no RE 773199897**, Rel. Min. [Nome do Relator], julgado em [data do julgamento se disponível], publicado em [data de publicação]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docID=773199897>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SILVA, José Afonso. **Comentário contextual à Constituição**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2008, p. 185

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

FARIAS, Rodrigo Nóbrega. **Direito à saúde & sua Judicialização**. Curitiba: Juruá, 2018. Disponível em: <https://novoportal.mpf.mp.br/jurua/bvp/viewer/?id=26547&pag=1>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito Fundamental à Saúde - Evolução, Normatização e Efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

CASTRO, Ione Maria Domingues de. **Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário?**. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da USP. São Paulo: I.M.D Castro, 2012). Disponível em: <https://scaff.adv.br/site/wp-content/uploads/2020/08/Direito-%C3%A0-Sa%C3%B Ade-no-%C3%A2mbito-do-SUS.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

Duarte, M. **Qual o papel da OMS e por que suas recomendações são cada vez mais necessárias?** Brasília: Sala de Situação de Saúde – SDS, UNB, 25 jan. 2021. Disponível em: sds.unb.br/qual-o-papel-da-oms-e-por-que-suas-recomendações-são-cada-vez-mais-necessárias/. Acesso em: 20 ago. 2025.

RIBEIRO, Paula Dias de Moura. TOMELIM, Georghio Alessandro. KIM Richard Pae. **Direito Humano E Fundamental À Saúde**. 1.ED.. Belo Horizonte: Fórum, 2023. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/livro/L5641>. Acesso em: 8 ago. 2025.

NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **O Cnj E Os Desafios Da Efetivação Do Direito À Saúde. 2.ED.**. Belo Horizonte: Fórum, 2013. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/livro/L1211>. Acesso em: 21 set. 2025.

FARIA, Renata Penha; PIRES, Livia Márcia Vidal; LANZILLOTTI, Regina Serrão. **Tendência de adequação à Lei nº 12.732 de 2012 pelas Unidades Federativas brasileiras sob a ótica dos casos de câncer colorretal**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, 2020. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/2131/1/FARIA%2C%20Renata%20Penha.%20Tend%C3%AAncia%20de%20adequa%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20lei%20n%C2%BA%2012.732%20de%202012%20pelas%20Unidades%20Federativas%20brasileiras%20sob%20a%20%C3%B3tica%20dos%20casos%20de%20c%C3%A2ncer%20colorretal.2020.%20pdf.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2025.

ASENSI, Felipe Dutra. **Judicialização da saúde e conselho nacional de justiça – perspectivas e desafios**. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Orgs.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2013. p. (85-110).

AGRA, Walber de M.; BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge. **Comentários à Constituição Federal de 1988 - 1ª Edição 2009**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. E-book. p.363. ISBN 978-85-309-3831-4. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-309-3831-4/>. Acesso em: 15 set. 2025

MARTINS, Flademir Jerônimo Belinati. **Dignidade da Pessoa Humana- Princípio Constitucional Fundamental**. Curitiba: Juruá, 2003. Disponível em: <https://novoportal.mpf.mp.br/jurua/bvp/viewer/?id=12654&pag=3>. Acesso em: 17 ago. 2025.

PAIVA, Vera et al. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e Promoção da Saúde - Livro I- Da doença à Cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. Disponível em: <https://novoportal.mpf.mp.br/jurua/bvp/viewer/?id=22729&pag=1>. Acesso em: 17 ago. 2025.

ASSIS NETO, Nilson Dias de. **SUS e a Judicialização da Saúde - O direito à proteção da saúde na audiência pública do STF**. Curitiba: Juruá, 2022. Disponível em: <https://novoportal.mpf.mp.br/jurua/bvp/viewer/?id=30085&pag=3>. Acesso em: 17 ago. 2025.

AITH, Fernando Mussa Abujamra; BUJDOSO, Yasmin; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 15, p. 10–39, jul. 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804/85759>. Acesso em: 8 ago. 2025.

DA SILVA, José Antonio et al. **LEI Nº 8080 E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REFLEXÃO CRÍTICA**. Lumen et Virtus, [S. l.], v. 15, n. 42, p. 7166–7177, nov. 2024. DOI: 10.56238/levv15n42-045. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/1379>. Acesso em: 10 ago. 2025.

BUCCI, Maria Paula D.; SEIXAS, Duarte C. **Judicialização da saúde - DIG**. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2017. E-book. p.[Inserir número da página]. ISBN 9788547211295. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788547211295/>. Acesso em: 21 set. 2025.

DANIELLI, Ronei. **A Judicialização Da Saúde No Brasil Do Viés Individualista Ao Patamar De Bem Coletivo**. Belo Horizonte: Fórum, 2017. página inicial-página final. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/livro/L1479/E1533/1506>. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Portal Gov.br – Ministério da Saúde, 28 mar. 2022. Atualizado em 3 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o FNS. Portal Fundo Nacional de Saúde – Ministério da Saúde**, [Brasília], s.d. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Atenção de Alta Complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde; IPEA, fev. 2005. 163 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_alta_complexidade.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

FINGER, B. **Acesso ao tratamento oncológico no SUS: a responsabilidade civil do Estado pela perda da chance de cura ou de sobrevida das pacientes com câncer**. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, Vitória, 2019. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1082>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Senado Federal. **Especialistas criticam demora no tratamento de pessoas com câncer pelo SUS**. Portal Senado Notícias, 23 mai. 2014. Audiovisual (vídeo de audiência pública). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2014/05/especialistas-criticam-demora-no-tratamento-de-pessoas-com-cancer-pelo-sus>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Nota Técnica n. 03, 2013: sobre a aplicação da Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, que**

dispõe sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: CONASS, 2013. 19 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-03-2011-PT-sobre-a-Lei-Tratamento-Cancer.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2025

BATISTA, Fernanda Guedim. **Conhecimento sobre os direitos oncológicos entre pacientes em tratamento nos ambulatorios de radioterapia e quimioterapia de um centro de referência em Juiz de Fora/MG. 2022. 120 f.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva e Controle do Câncer) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/14705/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final_FERNANDA%20GUEDIM%20BATISTA.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Carga global de câncer aumenta em meio à crescente necessidade de serviços.** OPAS/OMS, 1 fev. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2024-carga-global-cancer-aumenta-em-meio-crecente-necessidade-servicos>. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 maio 2013. Seção 1, p. 129–132. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-874-16-maio-2013.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/portaria_1399_17dez2019.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** 2. ed. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 6. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria traz mudanças para tabela do SUS. 9 jul. 2020.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/portaria-traz-mudancas-p-ara-tabela-do-sus>. Acesso em: 11 set. 2025.

SILVA, Fernanda Angelica et al. **Políticas públicas de saúde para o enfrentamento do câncer no Brasil: análise dos planos estaduais de atenção**

oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. e-144454, 5 abr. 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4454. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4454>. Acesso em: 21 ago. 2025

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção especializada e média e alta complexidade no SUS.** Brasília, DF: CONASS, 2023. 28 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Atencao-Especializada-e-Media-e-Alta-Complexidade.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025

LOMBARDO, M. S. **Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 73, e-2020, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mSZKH85MrfCS78FfTPLkLdM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2025

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Fiocruz sela parceria com INCA e divulga estudo sobre custos do câncer no SUS.** *Fiocruz*, 14 jun. 2023. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2023/06/fiocruz-sela-parceria-com-inca-e-divulga-estudo-sobre-custos-do-cancer-no-sus>. Acesso em: 4 set. 2025

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025.** *Instituto Nacional de Câncer*, 23 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/canais-de-atendimento/imprensa/releases/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>. Acesso em: 4 set. 2025.

G1 PARAÍBA. **CGU aponta esquema de fura-fila e outras irregularidades no Hospital Napoleão Laureano em João Pessoa.** *G1 Paraíba*, 5 fev. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2024/02/05/cgu-aponta-esquema-de-fura-fila-e-outras-irregularidades-no-hospital-napoleao-laureano-em-joao-pessoa.ghtml>. Acesso em: 4 set. 2025

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Câmara aprova prazo para início de tratamento de câncer pelo SUS.** *Câmara dos Deputados*, 5 jun. 2012. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/376110-CAMARA-APROVA-PRAZO-PARA-INICIO-DE-TRATAMENTO-DE-CANCER-PELO-SUS>. Acesso em: 5 set. 2025.

PERONDI, Darcísio. Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família à emenda apresentada ao Projeto de Lei nº 3.887, de 1997. *Câmara dos Deputados*, 1997. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=999405&filename=PEP+1+CSSF+%3D%3E+PL+3887/1997. Acesso em: 5 set. 2025.

FARIA DE SÁ, Arnaldo. **Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania à Emenda Substitutiva Global ao Projeto de Lei nº 3.887, de 1997.** *Câmara dos Deputados*, 5 jun. 2012. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=999403&filename=Tramitacao-PL%203887/1997. Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AI-AgR 553.712**, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, 1ª Turma, julgado em 19 maio 2009, publicado em 5 jun. 2009. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/djEletronico/DJE_20090604_104.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agora tem Especialistas**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas>. Acesso em: 5 set. 2025.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. *Revista da Ordem dos Advogados do Brasil*, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 51–65, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1235066670174218181901.pdf>. Acesso em: 5 set. 2025..

Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 21 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Economia. **Relatório de avaliação da atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade (MAC)**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/gastos-diretos/relatorio_avaliacao-cmag-2020-mac.pdf. Acesso em: 21 set. 2025.

ABRALE. **O que é Quimioterapia? Como é feita e quais os efeitos? São Paulo: Abrale, 2022**. Disponível em: <https://abrale.org.br/informacoes/tratamentos/quimioterapia/>. Acesso em: 21 set. 2025. Abrale

ARENHART, Sérgio Cruz. **Processos estruturais no Direito brasileiro: reflexões a partir do caso da ACP do carvão**. R.TRF1, Brasília, v. 29, n. 1/2, jan./fev. 2017. Artigo doutrinário. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/server/api/core/bitstreams/804265f7-8188-48ee-88da-9256ebea4293/content>. Acesso em: 25 set. 2025.

DIDIER JR., Fredie; ZANETI JR., Hermes; OLIVEIRA, Rafael Alexandria de. **Elementos para uma teoria do processo estrutural aplicada ao processo civil brasileiro**. *Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, n. 75, p. 101-136, jan./mar. 2020. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1606558/Fredie_Didier_jr_%26_Hermes_Zaneti_Jr_%26_Rafael_Alexandria_de_Oliveira.pdf. Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 684.612, Rio de Janeiro**. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Redator para o acórdão: Min. Luís Roberto Barroso. Brasília, DF, [data do julgamento ou publicação]. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15359836904&ext=.pdf>. Acesso em: 26 set. 2025.

DIDIER Jr., Fredie. ZANETI JR. **Curso de direito processual civil: processo coletivo**. 13. ed. Salvador: Ed. JusPodivm, 2019.

SANTOS, Karen Borges dos; LEMOS, Walter Gustavo da Silva; LEMOS, Vinicius Silva. **O processo estrutural como instrumento adequado para a tutela de direitos fundamentais e a necessidade de ressignificação do processo civil. Doutrina Pátria, 2020.** Disponível em: https://www.rkladvocacia.com/oprocesso-estrutural-como-instrumento-adequado-para-a-tutela-de-direitosfundamentais-e-necessidade-de-ressignificacao-do-processo-civil/#_ftnref38. Acesso em: 26 set. 2025.

VITORELLI, Edilson Diniz Lima. **O devido processo legal coletivo: representação, participação e efetividade da tutela jurisdicional**. Tese de doutoramento apresentada à faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná, 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (MPPA). **MPPA ajuíza Ação para garantir tratamento adequado de pacientes com câncer. Belém, 27 fev. 2023.** Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-ajuiza-acao-para-garantir-tratamento-adequado-de-pacientes-com-cancer.htm>. Acesso em: 21 set. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (MPPA). **Em sentença favorável ao MPPA, Justiça condena Estado do Pará e Instituto Social Mais Saúde por falhas no tratamento oncológico no Hospital Regional do Baixo Amazonas. Santarém, 5 ago. 2025.** Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/em-sentenca-favoravel-ao-mppa-justica-condena-estado-do-para-e-instituto-social-mais-saude-por-falhas-no-tratamento-oncologico-no-hospital-regional-do-baixo-amazonas.htm>. Acesso em: 21 set. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS (MPTO). **Em ação coletiva MPTO consegue decisão judicial para regularização do atendimento de pessoas com câncer. Palmas, 10 jul. 2025.** Disponível em: <https://homologacao.mpto.mp.br/portal/2025/07/10/em-acao-coletiva-mpto-consegue-decisao-judicial-para-regularizacao-do-atendimento-de-pessoas-com-cancer>. Acesso em: 21 set. 2025