



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

ITALO RAFAEL DANTAS

**ANÁLISE DOS DIREITOS SOCIAIS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS DOS
PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA**

SOUSA-PB

2022

ITALO RAFAEL DANTAS

**ANÁLISE DOS DIREITOS SOCIAIS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS DOS
PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Direito da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito à obtenção do título de Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientadora: Prof.^a. Me. Marília Daniella Freitas Oliveira Leal

D192a

Dantas, Italo Rafael.

Análise dos direitos sociais e garantias fundamentais dos pacientes portadores de neoplasia maligna / Italo Rafael Dantas. – Sousa, 2022.
65 f. : il. color.

Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2022.

"Orientação: Profa. Ma. Marília Daniella Freitas Oliveira Leal".

Referências.

1. Direito à Saúde. 2. Direitos Sociais. 3. Câncer. 4. Garantias Fundamentais. I. Leal, Marília Daniella Freitas Oliveira. II. Título.

CDU 342.761(043)

ITALO RAFAEL DANTAS

**ANÁLISE DOS DIREITOS SOCIAIS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS DOS
PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Direito da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito à obtenção do título de Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientadora: Prof.^a. Me. Marília Daniella Freitas Oliveira Leal

Aprovado em: 22/08/2022

Orientadora: Prof.^a. Me. Marília Daniella Freitas Oliveira Leal

Prof.^a Me. Nívea Maria Souto Maior

Prof.^a Dra. Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira

SOUSA-PB
2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão da graduação do curso de Direito ao Senhor da minha vida, à minha mãe, Francineide Dantas, à minha esposa, Aline Alves de Sousa Dantas, ao meu primogênito, Lorenzo Rafael de Sousa Dantas e aos meus anjos, Leomar Dantas, Lurdes Gomes Dantas e Joaquim Gomes (in memoriam), bem como aos irmãos, familiares, amigos, colegas de curso e professores, que sempre me apoiaram e incentivaram ao longo desses anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida e a força.

À minha mãe, rainha e guerreira, por todos os esforços aplicados na minha educação, pelo amor, carinho e por sempre acreditar na minha capacidade.

Agradeço à minha companheira, esposa e amiga, Aline; ao meu filho Lorenzo Rafael, por fazer parte de todos os momentos da minha vida, pela força, paciência nos momentos mais difíceis durante o período de Universidade e pela alegria proporcionada em todos os momentos.

À minha orientadora, Marília Leal, pela atenção e cuidado depositado sobre mim nesse momento tão importante da minha vida acadêmica. Sou imensamente grato por ter você como minha professora orientadora.

A todos os mestres da Universidade Federal de Campina Grande por também fazerem parte na minha formação. Agradeço a cada um, de coração!

Aos meus colegas acadêmicos e amigos do “baixo clero” com os quais formamos um vínculo de amizade e prosperidade. Obrigado por tudo!

Em memória dos meus avós, Lurdes e Leomar e meu Tio Joaquim (Panqueca) que foram meus alicerces nessa caminhada. Minhas estrelas que agora estão lá em me guiando e protegendo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- BPC – Benefício de Prestação Continuada
- CACON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia
- CEF – Caixa Econômica Federal
- CRFB - Constituição Federal
- CNEE - Conselho Nacional de Educação Especial
- CNEB - Conselho Nacional de Educação Básica
- FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
- INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
- INCA - Instituto Nacional de Câncer
- LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
- MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
- MS - Ministério da Saúde
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
- PIS – Programa de Integração Social
- SUAS – Sistema Único de Assistência Social
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UNACONS - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Incidência estimada de novos casos conforme a localização primária do tumor em homens no Brasil no ano de 2020.....	20
Tabela 2 – Incidência estimada de novos casos conforme a localização primária do tumor em mulheres no Brasil no ano de 2020.....	21
Tabela 3 – Estimativa das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, localização primária do tumor em homens no Estado da Paraíba e Capital João Pessoa no ano de 2020.....	22
Tabela 4 – Estimativa das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, localização primária do tumor em mulheres no Estado da Paraíba e Capital João Pessoa no ano de 2020.....	23
Tabela 5 – Síntese dos direitos sociais dos pacientes oncológicos e suas respectivas condições legais para acesso e amparo.....	41

“Os que confiam no SENHOR serão como o monte de Sião, que não se abala, mas permanece para sempre”.

Salmos 125:1

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os direitos sociais e garantias fundamentais inerentes à saúde das pessoas portadoras das neoplasias malignas à luz do ordenamento jurídico brasileiro. O câncer ainda é uma das doenças que causam, anualmente, uma grande quantidade de óbitos na população mundial, bem como a debilidade em seus portadores, sejam elas de forma transitórias ou permanentes, sendo também a segunda maior causa de mortes naturais no Brasil, índice somente menor do que as mortes por cardiopatias. Diante disso, o presente trabalho buscou aprofundar o tema sobre os direitos à saúde dos pacientes oncológicos, especificamente sobre os avanços da legislação brasileira sobre o tema. A metodologia da pesquisa utiliza a abordagem qualitativa e análise dos aspectos objetivos em detrimento à realidade fática. Diante desse enfoque, o objeto da pesquisa e estudo tem condão investigativo e empírico. Destarte, será utilizado o método hipotético-dedutivo e as técnicas utilizadas de revisão bibliográfica de literaturas jurídicas, leis, resoluções, decretos, pareceres jurídicos, doutrinas jurídicas, monografias e informativos coletados em sites de pesquisa de domínio público, Portais da Transparência, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, DATASUS e IBGE pode-se ter uma visão ampla acerca da temática abordada nesse estudo. O objeto da pesquisa é descritivo e tem o atributo de verificar os avanços e retrocessos dos direitos sociais e garantias fundamentais inerentes aos pacientes portadores de câncer no ordenamento pátrio e as influências nas melhorias dos atendimentos, as implantações de políticas públicas, seguridade no atendimento aos direitos sociais e cerceamento dos direitos fundamentais dos pacientes com câncer. Dos efeitos dessa análise foi possível vislumbrar a importância dos direitos sociais e garantia fundamental ao portador de neoplasia maligna pois com eles as pessoas com câncer tenham acesso aos direitos mais básicos, mitigação da vulnerabilidade e esses atrelados aos princípios constitucionais como o direito da dignidade da pessoa humana, a qualidade de vida e a igualdade, esses direitos quando atingidos sua eficácia melhoram significativamente a qualidade de vida de cada um.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Câncer. Direitos Sociais. Garantias Fundamentais.

ABSTRACT

This undergraduate thesis aims to analyze the social rights and fundamental guarantees inherent to the health of people with malignant neoplasms in the light of the Brazilian legal system. Cancer is still one of the diseases that cause, annually, a large number of deaths in the world population, as well as debility in their carriers, whether transient or permanent, being also the second leading cause of natural deaths in Brazil, an index only lower than deaths from heart disease. In view of this, the present idem sought to deepen the theme about the health rights of cancer patients, specifically about the advances in Brazilian legislation on the subject. The research methodology uses a qualitative approach and analysis of the objective aspects in detriment to the factual reality. Given this approach, the object of the research and study is investigative and empirical. Therefore, the deductive hypothetic method will be used and the techniques used of bibliographic review of legal literature, laws, resolutions, decrees, legal opinions, legal doctrines, monographs and information collected from public domain research sites, Transparency Portals, Ministry of Health, National Cancer Institute, DATASUS and IBGE, one can have a broad view of the theme addressed in this study. The object of the research is descriptive and has the attribute of verifying the advances and setbacks of social rights and fundamental guarantees inherent to cancer patients in the Brazilian legal system and the influences on the improvement of care, the implementation of public policies, security in the care of social rights and curtailment of fundamental rights of cancer patients. From the effects of this analysis, it was possible to glimpse the importance of social rights and fundamental guarantees to the carrier of malignant neoplasia because with them people with cancer have access to the most basic rights, mitigation of vulnerability and these linked to constitutional principles such as the right to human dignity, quality of life and equality, these rights when achieved their effectiveness significantly improve the quality of life of each one.

Keywords: Right to Health. Cancer. Social Rights. Fundamental Guarantees.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	DO DIREITO À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS	15
2.1	BREVES RELATOS HISTÓRICOS DO DIREITO À SAÚDE	15
2.2	NOÇÕES GERAIS SOBRE CÂNCER E ESTIMATIVA DE NOVOS CASOS NO BRASIL E NO ESTADO DA PARAÍBA NO ANO DE 2020	19
2.3	DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER	24
3	DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE OS PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA	27
3.1	O ESTADO COMO FOMENTADOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PREVENÇÃO AO CÂNCER	27
3.2	DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS DOS PACIENTES COM CÂNCER	30
3.2.1	Direito à promoção e prevenção ao câncer	31
3.2.2	Direitos ao tratamento e reabilitação	33
4	DOS DIREITOS SOCIAIS DO PACIENTE COM CÂNCER	39
4.1	SÍNTESE DOS DIREITOS DA PESSOA COM CÂNCER	39
4.2	DOS DIREITOS SOCIAIS DISPONÍVEIS AOS PACIENTES COM CÂNCER ...	43
4.2.1	Da assistência educacional como direito social dos pacientes oncológicos	44
4.2.2	Direitos previdenciários da pessoa com câncer	46
4.2.3	Direitos trabalhistas da pessoa com câncer	51
4.3	DA PRIORIDADE DE TRAMITAÇÃO DE PROCESSOS JUDICIAIS DAS PESSOAS COM CÂNCER	53
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

Uma das patologias que assolam a humanidade e que causam uma gama de impactos socioeconômicos e jurídicos em boa parte do mundo são as neoplasias malignas.

O câncer ainda é uma das doenças que causam, anualmente, uma grande quantidade de óbitos na população mundial, bem como a debilidade em seus portadores, sejam elas de forma transitórias ou permanentes, sendo também a segunda maior causa de mortes naturais no Brasil, índice somente menor do que as mortes por cardiopatias, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA, (2021).

A neoplasia maligna consiste basicamente na divisão desordenada de um corpo celular em seus mais de 100 tipos diferentes, mas que tem em comum entre todas elas são o fator crescimento anormal das células, causado por diversos fatores que podem ser: biológicos, físicos ou químicos.

Por se tratar de uma falha no organismo no seu processo de restauração ou reparação do dano celular, a neoplasia maligna tem capacidade para invadir e espalhar-se por todas as partes do corpo humano, sendo essa potencialidade local, ou seja, afetando unicamente um órgão ou sistema ou mesmo para outras regiões do corpo humano, no caso dos tumores com características metastáticos.

Apesar dos avanços da medicina moderna na prevenção, no diagnóstico, nos diversos tipos de tratamentos e reabilitações dos pacientes portadores dessa doença, muitos cidadãos brasileiros sofrem com as dificuldades para ter acesso aos chamados direitos sociais da pessoa com câncer. Todo e qualquer indivíduo que for diagnosticado com sendo portador dessa doença tem a proteção constitucional do direito à saúde e melhoria da qualidade de vida.

Contudo, cabe analisar os avanços no que tange ao ordenamento jurídico pátrio que ampara os pacientes com câncer, bem como a tutela jurisdicional do Estado em fomentar políticas públicas relativas a essa doença, no sentido de financiamentos, amparos, auxílios, investimentos e modernização nos serviços de atendimento aos cidadãos.

A presente monografia tem o escopo de analisar os direitos sociais e garantias fundamentais inerentes à saúde das pessoas portadoras das neoplasias malignas à

luz do ordenamento jurídico brasileiro e, com isso, ampliar as informações inerentes aos direitos sociais das pessoas portadoras de câncer.

A finalidade desse trabalho é o aprofundamento no tema Direitos à saúde dos pacientes oncológicos e, especificamente, sobre os avanços da legislação brasileira sob a óptica dos direitos sociais e garantias fundamentais das pessoas portadoras de neoplasia maligna.

De forma específica, o presente trabalho tende a demonstrar a evolução constitucional, legislativa e jurisprudencial dos direitos sociais e garantias fundamentais das pessoas com câncer, bem como levantar dados e informações dos direitos inerentes à pessoa com patologia carcinogênicas baseados no ordenamento jurídico pátrio, além de verificar os possíveis avanços e retrocessos da legislação brasileira no que tange aos direitos das pessoas portadoras de carcinomas malignos.

A necessidade dos cidadãos brasileiros de informar-se dos seus direitos mais fundamentais à saúde bem como dos operadores das ciências jurídicas e sociais de identificarem a realidade fática e a gravidade que assola a sociedade sobre a temática Direito à Saúde na perspectiva dos portadores de doenças crônicas cancerígenas, revela significativa importância e se justifica-se pelo fato de haver dubiedade de compreensão entre os avanços e retrocessos da legislação atual e social com fundamentos nas inovações que as leis brasileiras atendem a essas pessoas.

A metodologia da pesquisa utiliza a abordagem qualitativa e análise dos aspectos objetivos em detrimento à realidade fática. Diante desse enfoque, a presente pesquisa tem condão analista-investigativo.

Nesse sentido, o trabalho busca levantar informações e analisar dados referentes a quantidade de novos casos diagnosticados de *cancros* em consonância com a necessidade do aperfeiçoamento da legislação vigente para melhor atender às demandas desse público.

O objeto da pesquisa é descritivo e tem o atributo de verificar os avanços e retrocessos dos direitos sociais e garantias fundamentais inerentes aos pacientes portadores de câncer no ordenamento pátrio e as influências nas melhorias dos atendimentos, as implantações de políticas públicas, seguridade no atendimento aos direitos sociais e cerceamento dos direitos fundamentais dos pacientes com câncer.

Destarte serão utilizadas o método hipotético-dedutivo e as técnicas utilizadas de revisão bibliográfica de literaturas jurídicas, artigos científicos, periódicos e informativos da internet. Serão utilizadas como fontes, para fomento do método de

análise bibliográfica as leis, resoluções, decretos, pareceres jurídicos, doutrinas jurídicas, monografias e informativos coletados em sites de pesquisa de domínio público, Portais da Transparência, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, DATASUS e IBGE.

A presente pesquisa trará sua estrutura na seguinte organização. O primeiro capítulo abordará a evolução histórica do Direito à Saúde, seus conceitos e características, aspectos contemporâneos, além de dados do INCA, do ano de 2020, para estimativa de novos casos de câncer no Brasil e no Estado da Paraíba e Capital por sexo, localização primária do tumor e tipos de câncer. Em seguida, serão apresentados os instrumentos sobre a proteção e garantias fundamentais dos pacientes portadores de câncer.

O segundo capítulo analisará a legislação brasileira pertinente aos direitos consolidados dos portadores de neoplasia maligna. Para tal, será estudado a responsabilidade do Estado como fomentador de políticas públicas de saúde e prevenção ao câncer, bem como serão expostos os principais pontos da legislação brasileira pertinentes aos direitos e garantias fundamentais dos pacientes com câncer, políticas públicas de promoção e prevenção ao câncer, além dos direitos inerentes ao tratamento e reabilitação assegurados aos acometidos pela doença.

O terceiro capítulo descreverá os diversos direitos sociais que asseguram aos portadores de neoplasia maligna o mínimo existencial, a dignidade humana, inclusive na morte e pós-morte. Serão abordados direitos ligados à seguridade social, direitos trabalhistas, tais como FGTS e PIS/PASEP, por fim, do instituto da prioridade de tramitação de processos judiciais.

Dessa forma, a análise dos direitos sociais e garantias fundamentais dos portadores de neoplasia maligna torna-se de significativa relevância, alcançando novos conhecimentos acerca do direito dessas pessoas no sentido de assegurar uma vida digna e reduzir os impactos que essa doença gera em cada um.

2 DO DIREITO À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

A saúde sempre foi algo delicado e complexo de se abordar. São necessários que todos os cidadãos brasileiros entendam seus direitos mais básicos à saúde para que, dessa forma, o cidadão venha-se da sanidade além de um simples estado de equilíbrio. É através do conhecimento sobre tais direitos que se faz coexistir outros direitos, como: o direito à vida, direitos sociais, direito à liberdade, ao trabalho, entre tantos outros.

Com advento da pandemia do novo coronavírus, o acesso ao sistema de saúde público brasileiro que, antes já tinha suas limitações e complexidades no atendimento especializado, tornou-se mais difícil, uma vez que os hospitais e clínicas especializadas em tratamentos oncológicos tiveram que mudar seus protocolos de atendimento e tratamento, já que esse público alvo devido sua condição de saúde são suscetíveis de desenvolver a síndrome respiratória aguda grave (SarsCov2), aumentando o risco de morte pela doença (CORRÊA; OLIVEIRA; TAETS, 2020).

Dessa forma, a diminuição nos atendimentos, demora nos tratamentos e acessos mais básicos e fundamentais ao sistema de saúde coloca a qualidade de vida e a dignidade das pessoas portadoras da neoplasia maligna em risco iminente, principalmente com a suspensão das cirurgias eletivas em decorrência dos novos protocolos de atendimento em meio a pandemia, o início tardio dos tratamentos de quimioterapias, imunoterapias e radioterapias, entre outros, o acesso a exames de imagens e laboratoriais com agilidade, a celeridade dos processos que demandam na justiça e o direito à saúde dos pacientes.

2.1 BREVES RELATOS HISTÓRICOS DO DIREITO À SAÚDE

Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o direito à saúde em seu aspecto de direito público, passou a ser fundamentalmente um direito social, sendo assegurado a cada cidadão brasileiro, bem como aos estrangeiros residentes ou transitórios no País.

A consolidação desse direito veio por meio de um sistema integrado de políticas públicas de promoção, prevenção e tratamento de doenças que atingem a sociedade, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, até se chegar no momento atual, o direito de acesso à saúde pública passou por um longo caminho evolutivo.

Cabe destacar que o pensamento científico sobre as enfermidades que assolavam as pessoas tinha características teológicas.

Na idade média, os enfermos eram considerados obras do demônio enquanto a cura, quando esta era alcançada, era conseguida pela divindade. Um exemplo de enfermidade que atingia as pessoas nessa época era a hanseníase, doença infectocontagiosa e crônica causadas por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae* em que apareciam pequenas manchas na pele dos doentes com aspectos granulares, levando o nome de lepra era considerada um castigo divino.

Tantas outras doenças, em escalas epidêmicas e pandêmicas, passaram a alertar, de certa forma, a sociedade para os cuidados com saneamento e higiene, algo que não era tratado como saúde pública.

No Brasil, em meados do século XIX, surgiu a necessidade de inspecionar determinados aspectos sanitários ligados ao controle de pestes e doenças infecciosas. Os motivos eram os impactos econômicos que tais enfermidades provocavam, prejudicando ou dificultando a passagem de navios mercantes para a movimentação/escoação dos produtos mais comercializados na época, como o café, o açúcar e o pau-brasil (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

Segundo Barroso (2010, p.20) o que acabou por se destacar nesse sistema conhecido como “espaço de circulação de mercadorias”, foi a experiências como militares das forças coloniais com a forma de sistema de curativos por intervenção médica direta ou indireta, individual ou coletivamente.

Durante o período de predominância desse modelo, não havia, contudo, ações públicas curativas, que ficavam reservadas aos serviços privados e à caridade. Somente a partir da década de 1930, há a estruturação básica do sistema público de saúde, que passa a realizar também ações curativas. É criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. Criam-se os Institutos de 10 Previdência, os conhecidos IAPs, que ofereciam serviços de saúde de caráter curativo. Alguns destes IAPs possuíam, inclusive, hospitais próprios. Tais serviços, contudo, estavam limitados à categoria profissional ligada ao respectivo Instituto. A saúde pública não era universalizada em sua dimensão curativa, restringindo-se a beneficiar os trabalhadores que contribuía para os institutos de previdência.

No entanto, na época do Brasil colônia, os cuidados com a saúde coletiva eram significativamente precários, mesmo depois de surgirem institutos que tratavam dos cuidados de pessoas acometidas com certas enfermidades.

Como relata Oliveira (2012, p. 33):

Os portugueses não demoram a implantar o modelo das Santas Casas de Misericórdia. As primeiras apareceram na capitania hereditária de São Vicente, em 1543, por Braz Cubas e em Salvador, em 1549, por iniciativa de Tomé de Souza. Na medida em que avançava a colonização, foram criadas outras unidades semelhantes pelos Senhores chamados “homens bons”, associados às Irmandades da Misericórdia, sociedades civis constituídas por pessoas de posses, geralmente católicas, que se propunham a realizar determinadas obras sociais.

Transcorrido o tempo, a saúde pública como direito fundamental passou por processos formativos e contributivos que refletiram na consolidação de Política Pública de âmbito Nacional. Os serviços de saúde públicos criados pós a 2ª Guerra Mundial, transpôs como modelo, no final da década de 40, para criação de ações de saúde por órgãos governistas.

Um exemplo do que se chama hoje de saúde pública fundamentalmente como direito de todos, *in loco*:

Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado. (SILVA, 2016, p.152)

Como visto, a década de 1950 ficou marcada como o início de grandes mudanças no processo de modernização dos setores de saúde do País.

Machado destaca (2012, p. 97) que:

Na década de 1950 iniciou-se no Brasil um novo processo de transformação caracterizado por um movimento de modernização do setor saúde, com aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo principal a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços. O hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde e no final década de 50 se definia como local de encontro das diversas especialidades médicas, como detentor da infraestrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde.

Somente na ditadura militar de 1964, verificou-se ofertas de serviços de saúde, mesmo sendo somente para determinados trabalhadores, em uma ideia de direito individual.

Com o fim do período militar e a redemocratização, bem como as consecutivas mudanças de governantes, ocorre a consolidação dos direitos ao acesso à saúde pública como garantia legal e fundamental a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país ou transitórios com o advento da Constituição Federal de 1988 (CRFB/1988).

Para Figueiredo e Sarlet (2008, p. 2):

A consagração constitucional de um direito fundamental à saúde, juntamente com a positivação de uma série de outros direitos fundamentais sociais, certamente pode ser apontada como um dos principais avanços da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (doravante designada CF), que a liga, nesse ponto, ao constitucionalismo de cunho democrático-social desenvolvido, sobretudo, a partir do pós-II Guerra. Antes de 1988, a proteção do direito à saúde ficava restrita a algumas normas esparsas, tais como a garantia de “socorros públicos” (Constituição de 1824, artigo 179, XXXI) ou a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência (Constituição de 1934, artigo 113, caput). Em geral, contudo, a tutela (constitucional) da saúde se dava de modo indireto, no âmbito tanto das normas de definição de competências entre os entes da Federação, em termos legislativos e executivos (Constituição de 1934, artigo 5º, XIX, “c”, e artigo 10, II; Constituição de 1937, artigo 16, XXVII, e artigo 18, “c” e “e”; Constituição de 1946, artigo 5º, XV, “b” e artigo 6º; Constituição de 1967, artigo 8º, XIV e XVII, “c”, e artigo 8º, § 2º, depois transformado em parágrafo único pela Emenda Constitucional nº 01/1969), quanto das normas sobre a proteção à saúde do trabalhador e das disposições versando sobre a garantia de assistência social (Constituição de 1934, artigo 121, § 1º, “h”, e artigo 138; Constituição de 1937, artigo 127 e artigo 137, item 1; Constituição de 1946, artigo 157, XIV; Constituição de 1967, artigo 165, IX e XV).

Nesse contexto histórico, ocorreram batalhas para que a sociedade concretizasse o mínimo de dignidade na assistência à saúde pública no Brasil.

Nota-se, portanto, a evolução social em detrimento à responsabilidade do Estado em garantir o acesso livre e gratuito da população às políticas públicas de saúde em tempo hábil e de forma eficiente, independente da complexidade do caso.

Preceitua o artigo 196 da CRFB/1988 o seguinte texto:

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

A Constituição foi a primeira a trazer o direito à saúde como direito expressamente elencado no texto constitucional, garantidor da dignidade humana e ampliando, de forma significativa, os direitos dos pacientes.

2.2 NOÇÕES GERAIS SOBRE CÂNCER E ESTIMATIVA DE NOVOS CASOS NO BRASIL E NO ESTADO DA PARAÍBA NO ANO DE 2020

O corpo humano é formado por milhões de células que desempenham diversidades de funções orgânicas, metabólicas e de manutenção da vida. O organismo humano é classificado desde as células, passando por tecidos, órgão e sistema, que juntos trabalham de forma harmônica e saudável. Esse ciclo tem um início e um fim para todas as células, independentemente de qual se esteja falando. Algumas dessas células ao sofrer algum dano externo ou natural tende a ter dois caminhos, a reparação, a mutação ou modificação do DNA ou a morte celular.

A neoplasia maligna comumente conhecida como câncer teve seu termo etiológico utilizado pela primeira vez pelo filósofo Hipócrates. O sentido da palavra tem com condão de designar os tipos de tumorações malignas, termo este que abrange mais de 100 tipos de doenças malignas.

O *cancro* maligno é uma doença genética que tem como característica o crescimento desordenado das células do corpo, podendo ser invasivo ou não nos tecidos adjacentes ou órgãos (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2020).

Destarte, a neoplasia maligna surge no momento em que houve um dano em sua estrutura organoléptica no núcleo celular, fazendo com que as células se dividam de forma desordenada e descontrolada em relação ao corpo. Essa divisão que gera múltiplas células danificadas pelo corpo faz surgirem anomalias que podem se infiltrar em outras partes do corpo humano, no caso das neoplasias metastáticas, (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2020).

Vale salientar que, desde o ano de 1995, com o escopo de promover maiores informações e estatísticas detalhadas acerca do número de casos consolidados de câncer, estimativa de novos casos e mortalidade pela doença, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) anualmente atualiza essas informações com o objetivo de fomentar políticas públicas na prevenção, tratamento e reabilitação ligadas as doenças neoplásicas. Devido a pandemia do novo coronavírus, os dados consolidados tiveram

impactos significativos, podendo ser consolidados somente até o ano de 2020, e estimados até o ano de 2021.

Segundo o INCA (2020), a incidência estimada de novos casos para a população brasileira conforme localização do tumor para homens e mulheres no Brasil é de aproximadamente 626.030 casos, sendo desses, 309.750 casos em homens e 316.280 em mulheres, conforme tabelas a seguir:

Na Tabela 1, apresenta-se a estimativa de novos casos de neoplasias conforme a localização primária do tumor e sexo, em homens, Brasil, 2020.

Localização Primária	Casos Novos	%
Próstata	65.840	29,2
Cólon e Reto	20.540	9,1
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.760	7,9
Estômago	13.360	5,9
Cavidade Oral	11.200	5,0
Esôfago	8.690	3,9
Bexiga	7.590	3,4
Laringe	6.470	2,9
Leucemias	5.920	2,6
Sistema Nervoso Central	5.870	2,6
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	225.980	100,0
Todas as Neoplasias	309.750	-

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020.

MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

Analisando os dados da tabela 1, a estimativa dos novos casos de câncer prevacente na população masculina em geral é de 225.980 novos casos com exceção dos tumores de pele não melanoma, sendo de maior conjectura no órgão da próstata, com aproximadamente 65.840 casos estimados, seguidos dos cânceres malignos colorretais e do sistema respiratório inferior. No geral, os novos casos em homens são de 309.750 casos de neoplasias malignas (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2020).

Já a Tabela 2 demonstra a incidência estimada de novos casos conforme a localização primária do tumor e sexo, em mulheres, Brasil, 2020.

Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	66.280	29,7
Cólon e Reto	20.470	9,2
Colo do útero	16.710	7,5
Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6
Glândula Tireoide	11.950	5,4
Estômago	7.870	3,5
Ovário	6.650	3,0
Corpo do útero	6.540	2,9
Linfoma não-Hodgkin	5.450	2,4
Sistema Nervoso Central	5.230	2,3
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	223.110	100,0
Todas as Neoplasias	316.280	-

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020.

MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

Analisando os dados da tabela 2, a estimativa de casos novos de neoplasias malignas prevaemente na população feminina é de 223.110, ou seja, 6.530 a mais que a população masculina pesquisada. Com exceção dos tumores de pele não melanoma, o total das neoplasias em mulheres foi de 316.280 novas ocorrências, sendo de maior conjectura nas glândulas mamárias, com aproximadamente 66.280 eventos estimados, seguidos dos cancros malignos colorretais e do sistema respiratório inferior. No geral, às novas incidências em mulheres foram de 316.280 casos de câncer. (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2020).

As tabelas 1 e 2 trazem informações alarmantes no ponto de vista de saúde pública no quantitativo de novos casos, em homens e mulheres, de neoplasias malignas. Isso rememora os desafios que o legislador tem para, além de garantir o acesso a atenção especializada, também garantir a continuidade do tratamento em tempos de pandemia do coronavírus.

Existindo ainda uma estimativa para 2020 no estado da Paraíba e na capital João Pessoa de 14.890 casos de homens e mulheres com câncer, sendo esses 6.020 casos no Estado e 1.440 casos na capital paraibana para homens, enquanto para as

mulheres os dados estatísticos mostram 5.780 casos no Estado enquanto na capital a estimativa é de 1.650 como descreve as próximas tabelas.

Na Tabela 3, apresentam-se estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, em homens e localização primária, Estado da Paraíba e Capital João Pessoa, 2020.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Homens					
	Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.740	87,62	80,03	320	85,99	107,99
Traqueia, Brônquio e Pulmão	250	12,58	13,14	50	12,79	14,81
Cólon e Reto	180	8,84	8,80	50	13,67	16,13
Estômago	250	12,83	13,08	50	13,33	15,11
Cavidade Oral	240	11,88	11,97	60	15,25	17,86
Laringe	120	6,09	6,60	30	7,64	9,13
Bexiga	80	4,00	3,85	**	4,18	5,24
Esôfago	110	5,46	5,74	20	4,36	5,19
Linfoma de Hodgkin	**	0,76	0,84	**	1,13	1,34
Linfoma não Hodgkin	80	3,96	3,98	20	4,79	5,39
Glândula Tireoide	40	2,11	2,04	**	2,40	2,99
Sistema Nervoso Central	100	4,90	5,07	20	5,06	5,80
Leucemias	130	6,40	6,03	30	9,36	10,36
Pele Melanoma	30	1,67	1,72	**	1,93	2,46
Outras Localizações	830	41,67	42,26	170	45,71	51,23
Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	4.190	211,55	199,29	860	234,02	247,86
Pele não Melanoma	1.830	92,16	-	580	157,82	-
Todas as Neoplasias	6.020	303,94	-	1.440	391,84	-

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020.

População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Na Tabela 4 elenca-se as estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, em mulheres e localização primária, Estado da Paraíba e Capital João Pessoa, 2020 (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2020).

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Mulheres					
	Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Mama feminina	1.120	52,93	46,17	360	84,83	74,79
Colo do útero	290	13,56	11,56	60	13,34	11,47
Traqueia, Brônquio e Pulmão	240	11,23	9,78	70	15,97	14,31
Cólon e Reto	260	12,11	11,12	60	13,82	12,04
Estômago	180	8,61	7,09	30	6,84	5,83
Cavidade Oral	140	6,38	4,78	30	7,25	5,86
Laringe	30	1,31	1,09	**	0,82	0,82
Bexiga	50	2,15	1,66	**	2,39	2,02
Esôfago	90	4,41	3,20	**	3,01	2,48
Ovário	140	6,44	5,78	30	8,08	7,08
Linfoma de Hodgkin	20	1,05	0,84	**	0,70	0,56
Linfoma não Hodgkin	60	3,02	2,49	20	4,26	3,73
Glândula Tireoide	250	11,96	8,93	40	10,05	8,13
Sistema Nervoso Central	140	6,52	6,12	30	8,17	6,66
Leucemias	110	5,00	4,53	20	5,25	4,81
Corpo do útero	140	6,54	5,22	40	10,48	9,30
Pele Melanoma	70	3,26	2,46	**	3,43	2,99
Outras Localizações	880	41,44	33,86	220	51,95	43,26
Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	4.210	198,85	165,39	1.060	252,58	198,66
Pele não Melanoma	1.570	74,34	-	590	140,83	-
Todas as Neoplasias	5.780	273,00	-	1.650	393,17	-

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020.

População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

As tabelas 3 e 4 destacam um quantitativo assustador de novos casos de neoplasias malignas em pacientes homens e mulheres do Estado da Paraíba.

Esses dados do INCA têm o escopo de fomentar informações com base de dados confiáveis para que a sociedade civil e em especial o poder público em suas diferentes esferas federativas, tenham a oportunidade de desenvolverem planejamentos e ações de políticas públicas no enfrentamento ao câncer, direcionadas aos atendimentos dos pacientes mais vulneráveis, financiar novas pesquisas, adquirir insumos e fortalecer o Sistema Único de Saúde, para respaldar o direito que todos os cidadãos, seja por região, gênero, idade e tipos de patologias,

tenham para assegurar um tratamento eficaz e digno. (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2020).

2.3 DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER

A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 23 e 196, aduz a responsabilidade, de natureza solidária, dos entes federativos para tratar sobre o direito à saúde e na promoção de políticas públicas ligadas a prevenção, tratamento e reabilitação no uso dos seus serviços e demandas.

Destarte, o artigo 23 da CRFB/88 ao conclamar que: “Artigo 23 É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”; (BRASIL, 1988) afirma que é de competência material comum entre os entes federativos de legislar em matéria tutelada à saúde da população, não podendo esse ser exclusiva de somente um ente federado.

Já o artigo 196 também da Constituição afirma que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988)

Por se tratarem de bens juridicamente tutelados de grande valor social, econômico e ambiental, sem se falar no imensurável valor à vida e à dignidade da pessoa humana, o direito à saúde está disposto explicitamente na Carta Magna de 1988 de forma que o legislador constituinte se preocupou em garantir a todos o direito ao acesso digno à saúde pública, gratuita e eficaz em seus artigos 170 e 193 e completando com o artigo 1º, III, 6º e 197, sendo assim pressupostos legítimos e garantistas desses direitos.

Descreve o artigo 170 da CF/88 que: “A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existências dignas, conforme os ditames da justiça social”. (BRASIL, 1988)

O mecanismo constitucional compreende um princípio de regras sistemática de ordem social, econômica e privativa, sendo o primeiro a concepção de justiça social interligado ao pacto pela saúde com finalidade de direcionar um quadro geral sobre a

saúde no país e estruturar os atores responsáveis pela gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aduz ainda o artigo 193 da CF/88:

Artigo 193 - 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:

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.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - No caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - No caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (BRASIL, 1988)

Verifica-se aqui, além da responsabilidade do Estado em fomentar políticas públicas de acesso à saúde, o bem estar social e a garantia digna dos cidadãos terem o melhor atendimento de saúde básica, média e de alta complexidade através do sistema de saúde pública brasileiro.

As ascensões na área de planejamento das políticas públicas de acesso à saúde e prevenção contra as neoplasias malignas no Brasil tem uma trajetória difícil, porém de relevante avanço nas áreas sociais, educacionais e econômicas do país. Para conhecimento mais amplo, cabe avaliar até aqui esses progressos e retrocessos históricos, os impactos sociais e jurídicos de relevância nacional bem como as possíveis melhorias no quadro pandêmico que vive a população brasileira. Contudo, há de se analisar a dinâmica e características que fomenta essas políticas públicas como fundamento e percepção holística da realidade do país.

Quanto ao conceito de Política Pública, Chrispino (2016) afirma que:

[...] o conceito de políticas públicas não surge por si mesmo, ou por fatores endógenos exclusivos. Ele é delimitado pelas múltiplas possibilidades de conexão de ações que contribuem para fazer dela, a política pública, o centro de equilíbrio dessas forças sociais diferentes. (CHRISPINO: 2016, p. 17).

Tem-se assim as políticas públicas como condição de universalidade no acesso e melhoria no atendimento da saúde pública do país, sendo essa integralizada às ações sociais proporcionadas pelo Estado no combate às desigualdades.

Para Souza (2006), apud Chrispino, descreve um compêndio de conceitos sobre Políticas Públicas de vários autores, nas quais aduz:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (Souza: 2006, apud CHRISPINO: 2016, p. 18).

Nesse sentido, faz-se necessário que as políticas públicas sejam bem desempenhadas para que todos os cidadãos tenham acesso à saúde e a qualidade nos serviços ofertados aos seus usuários, incluindo-se os pacientes com neoplasia maligna.

3 DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE OS PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA

Nesse capítulo aborda-se a legislação que trata sobre os direitos e as garantias fundamentais de acesso à saúde básica pela população portadora de neoplasia maligna.

São preceitos basilares da dignidade da pessoa humana a garantia vital da manutenção da saúde e da vida. Trata-se de fundamento do Estado Democrático de Direito presente no artigo 1º, inciso III da CRFB/88, portanto, base substancial da República.

Nessa linha de entendimento, os pacientes com essa doença precisam ter sua dignidade humana garantida pelo Estado, desde a primeira consulta, passando por todas as etapas de seu tratamento até a cura, morte e pós-morte.

3.1 O ESTADO COMO FOMENTADOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PREVENÇÃO AO CÂNCER

Na década de 1930, as políticas públicas ou análise de políticas públicas “*policy analysis*” era um termo usado para destacar a forma como a academia debatia temas de relevância social para fomentar os governos com informações de conhecimento técnico/científico, empírico e social (LASWELL, 1936).

Para Simon (1957) o conceito de políticas públicas estava relacionado à égide de como os líderes governamentais decidiam sobre os problemas que deveriam ser enfrentados pela sociedade de forma racional e limitada. Para o autor, a razão da política pública limitada estava relacionada às decisões públicas e ligadas às questões informativas, muito embora essas decisões poderiam ser incompletas.

Não existe uma definição ou conceituação definitiva quando se trata de política pública. Essa está submetida à um conjunto de ações, ideias, práticas e fundamentos que moldam a forma de como pode se avaliar determinadas decisões dos governantes ou decisores públicos (MEAD, 1985).

Nota-se que a referência de política pública é o Estado. A dinâmica do processo de desenvolvimento de um Estado passa pela natureza das discussões e reflexões sociais sobre determinados temas.

Segundo Augusto (1989, p. 84), “as noções de planejamento e políticas públicas, dadas suas características, são muito “[...] próximas, similares e, portanto, intercambiáveis [...]”, mas que não isenta de se marcar distinções”.

Em se tratando de políticas públicas de saúde e prevenção de doenças, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) entende que a saúde é fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade e que está atrelada a vários fatores, sejam elas ambientais, trabalhistas, assistenciais, econômicos, etc. Cabe enfatizar a responsabilidade do estado em fomentar as políticas públicas de prevenção ao câncer e doenças adjacentes como forma de minimizar os impactos que essas doenças causam em uma sociedade como todo.

Outro marco para o implemento das políticas públicas de controle e prevenção ao câncer foi a edição da Portaria Ministerial do Ministério da Saúde (MS) nº. 874, de maio de 2013, que instituiu 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 (BRASILIA, MS. 2013).

Segundo dados do relatório “A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer” (PNPCC, 2019), ao longo dos últimos três anos, o governo federal gastou com políticas voltadas à prevenção e ao controle das neoplasias malignas cerca de R\$ 1,898 bilhões de reais. Tais políticas visam a redução significativa da incapacidade que a doença causa em seus portadores, além da mortalidade causada pelo câncer.

Aduz o artigo 2º da Portaria nº. 874/2013 do Ministério da Saúde:

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

Esses pontos tratados no relatório destacam a importância de se desenvolver, através de investimento e financiamento, a possibilidades em reabilitação para melhorias da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com

ações que visem a prevenção, tratamento e recuperação, além da promoção de saúde e acesso rápido ao diagnóstico.

Destaca o artigo 3^a da Portaria nº. 874/2013 do Ministério da Saúde os fundamentos para as ações e estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), *in verbis*:

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

As DCNT têm componentes genéticos, ou seja, o indivíduo tem uma predisposição a desenvolver determinada patologia de característica crônica, no caso exemplificativo a neoplasia maligna e várias outras, de forma que esses resultados tem como fatores que alteram o estado de saúde de uma pessoa, sejam elas por hábitos de vida ou fatores físico-químicos ou fisiopatológicos (RENZO et al., 2018).

Então, as políticas públicas de saúde e prevenção ao câncer enfrentam as DCNTs de modo a reduzir os impactos sociais que essas doenças causam, a minimização do seu agravamento aumentando o acesso ao atendimento à saúde pública das pessoas em vulnerabilidade, o monitoramento e a vigilância de novos casos. Além do mais elas visam a promoção da redução da desigualdade social e diminuição da pobreza e extrema pobreza (LEAL, 2018).

Em se tratando da realidade, ver-se uma discrepância entre as ações e planejamento de acesso rápido e eficiente aos serviços de saúde pública, em especial a atenção básica especializada da Rede Especializada em Oncologia do serviço de saúde brasileiro.

Destaca (GAWRYSZEWSKI et al. 2012, p.125) que essas barreiras ao processo de cuidado:

[...] o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictício e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços. Os exemplos do não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são frequentes e caracterizam a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde. Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso

aos recursos de alta e média complexidade, apontando o fracasso dos fluxos existentes, configurando longas filas de espera para o atendimento pretendido, que não conseguem ser debeladas pelos fluxos normais preconizados.

Nesse condão, todo o processo de cuidado dos pacientes com neoplasia maligna tem o direito da assistência seguindo pressupostos legais presentes nas diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle ao Câncer como forma de regulamentar e melhorar o acesso aos serviços de saúde mais básicos.

Expõe o artigo 4º da Portaria ministerial nº. 874/2013 do Ministério da Saúde:

Art. 4º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes:

I - Princípios gerais;

II - Princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde;

III - Princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer;

IV - Princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação;

V - Princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral;

VI - Princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia;

VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e

VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde.

Desse modo, faz-se necessário destacar que a consolidação das diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer presentes na Portaria nº. 874/2013 do Ministério da Saúde está em consonância com as estratégias ligadas ao atendimento da ação primária da atenção básica para melhoria, sob o ponto de vista da integralidade das ações a qualidade de vida e manutenção da saúde dos usuários do SUS.

3.2 DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS DOS PACIENTES COM CÂNCER

A promoção e prevenção, além do tratamento e reabilitação, à saúde estão elencados no ordenamento jurídico como sendo direito fundamental de todos os indivíduos e está previsto na Carta Magna de 1988 em seu artigo 6º como direito social e em seu artigo 23, II que tutela a saúde como competências legislativas comuns entre

União, Estados, Municípios e Distrito Federal para legislar direito material de saúde e assistência pública (BRASIL, 1988).

Desse modo, cabe analisar os institutos que promovem essas garantias fundamentais para os pacientes com carcinomas malignos, adiante descritos.

3.2.1 Direito à promoção e prevenção ao câncer

Em se tratando de direito à promoção e prevenção ao câncer, não se pode separar dos direitos sociais e garantias legais que todo ser humano tem de ter acesso à qualidade de vida, ao bem estar social, alimentação adequada, moradia, entre tantos outros como uma necessidade humana.

Preceitua o art. 25 da Declaração dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH) como direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem-estar seu e de sua família:

Art. 25, todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar social, 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.

A promoção e prevenção à saúde como direito fundamental de todo indivíduo está previsto na Carta Magna de 1988, em seu artigo 6º, como direito social e em seu artigo 23, II que trata das competências legislativas comuns entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal para legislar em matéria de saúde e assistência pública (BRASIL, 1988).

A CRFB/1988 ainda traz, na parte da ordem social, os artigos 196 e 200 como segurança social colocando a saúde como direito de todos e dever do Estado, base legal para os desenvolvimentos das ações do Sistema Único de Saúde.

Os artigos constitucionais aduzem que:

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

Art. 200 ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015);
- VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Destarte, o direito dos cidadãos à promoção e prevenção ao câncer também está presente na lei 8.080/90, em seu artigo 2º que regula, em todo o território nacional, “as ações e serviços de saúde”, colocando, também, a saúde como direito fundamental do ser humano destacando a responsabilidade do Estado em promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

A lei Nº 8.142/90 dispõe quanto à integração da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde bem como das transferências de recursos financeiros, deliberando duas instâncias no que tange à participação social, sendo essas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

A promoção e prevenção ao câncer estão previstas na lei nº. 14.335/2019 que assegura que mulheres a partir da puberdade vão ter direito a fazer exames para prevenção de câncer de mama colo de útero e colo reto pelo sistema único de saúde. A lei permitirá o acesso aos exames citopatológicos e de mamografia e colonoscopia na rede pública.

Até então a Legislação anterior somente garantia a realização de exames mamográficos às mulheres a partir dos 40 anos de idade. Quanto aos exames para detectar o câncer colorretal não estavam entre as ações de prevenção para mulheres no SUS e agora foram incluídos na nova lei (BRASIL, 2022).

3.2.2 Direitos ao tratamento e reabilitação

Sem dúvidas o tratamento e a reabilitação dos pacientes com câncer em sua totalidade é uma das partes mais delicadas a ser estudada.

Quando o paciente busca a rede básica de saúde, há de se destacar os direitos que estes têm para iniciar, de forma regular, o seu tratamento.

A lei n.º 12.732 de 2012 dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Em seu artigo 1º e parágrafo único, a referida lei trata de pontos sensíveis, porém relevantes que é a gratuidade do tratamento oncológico.

Descreve o artigo 1º da Lei n.º 12.732/12, *in verbis*:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei. Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Outro ponto relevante sem dúvidas é o tempo que leva para que o paciente inicie o seu tratamento no combate à neoplasia maligna.

Segundo dados recentes do Ministério da Saúde publicados no portal de transparência da Agência Brasil EBC, (2018), o tempo médio para que os pacientes oncológicos iniciem seu tratamento é de 81 dias¹, o que difere do que padroniza o artigo 2º da Lei n.º 12.732/12 que preceitua:

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

¹ De acordo com levantamento do Ministério da Saúde, o tempo médio se ampliou levemente desde o início da Lei. Entre 2013 e 2017, o intervalo entre o diagnóstico e o procedimento determinado para combate à doença saiu de 79 para 81 dias. As informações foram produzidas a partir de uma amostra de 500 casos analisadas pelos técnicos da pasta. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/prazo-legal-para-iniciar-tratamento-de-cancer-nao-e-atendido-no-pais>.

Para Barbosa (2014), a lei veio humanizar e garantir o mínimo existencial dos direitos dos pacientes oncológicos, não podendo os agentes políticos retrocederem ou inovarem em nova lei, caso necessário, sem que haja compensação.

É imprescindível que o Estado garanta nos termos do artigo 2º da referida lei a máxima para que seja iniciada em 60 dias a partir da conclusão do diagnóstico da doença por esta se tratar de patologia extremamente agressiva e de evolução rápida, sem contar nos impactos sociais e financeiros que o paciente suporta, além da debilidade de saúde e por muitas vezes desamparo social.

Cláudia Maria da Costa Gonçalves (2006, p. 199) ensina:

É importante lembrar que o princípio em tela é, acima de tudo um avanço na busca de patamares mais justos e dignos de vida material. A proibição de retrocesso impede que direitos sociais já disciplinados e garantidos pela legislação infraconstitucional e implementados através de ações e programas de políticas sociais sejam, ao alvedrio dos Poderes Públicos, extintos, configurando o vácuo do direito [...].

De acordo com o artigo 9º da lei orgânica da saúde (LOS), lei nº 8.080 de 19 e setembro de 1990, no momento inicial do atendimento básico à saúde do paciente portador de neoplasia maligna, ele deverá ser assistido integralmente e de imediato indicando-se um lugar específico para começar o seu tratamento em atendimento especializado.

Assim, preceitua o artigo 9º da lei nº 8.080/90,

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:
I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
II- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A regulamentação e os procedimentos de atenção básica e especializada, sejam elas de assistência farmacêutica, tratamento quimioterápico ou radioterápico ou em procedimentos paliativos compete à gestão do SUS, bem como toda a integralização do atendimento.

Destarte, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAC), criada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 741/05 e pela Portaria 2.439/05 foi um significativo

avanço no que tange à assistência de alta complexidade para termos de disponibilidade de tratamento oncológico, a exemplos anteriores.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) trouxe relevante debate no tocante às assistências para pacientes oncológicos assistidos pelos SUS, em sua III Jornada de Direito da Saúde (2019):

Sem prejuízo dos casos urgentes, visando respeitar as competências do Sistema Único de Saúde – SUS definidas em lei para o atendimento universal às demandas do setor de saúde, recomenda-se nas demandas contra o poder público nas quais se pleiteia dispensação de medicamentos ou tratamentos para o câncer, caso atendidos por médicos particulares, que os juízes determinem a inclusão no cadastro, o acompanhamento e o tratamento junto a uma unidade Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON ou Unidade de Assistência de alta Complexidade - UNACON. (BRASIL, En. n.º 7 CNJ. 2019).

Para fins de acompanhamento clínico/terapêutico, o enunciado n.º 11 do CNJ destaca que o judiciário conceda a inserção imediata dos pacientes oncológicos em demandas já preexistentes do SUS, em casos de condenação.

Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - (PCDT), o Poder Judiciário determinará a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema Único de Saúde - SUS, para o fim de acompanhamento e controle clínico. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019). (BRASIL, En. n.º 11 CNJ. 2019).

Nesse sentido, em consonância com o Enunciado n.º 11 do Conselho Nacional de Justiça, destaca-se decisão em Mandado de Segurança do Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB):

MANDADO DE SEGURANÇA. PLEITO DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. PARTE IMPETRANTE PORTADORA DE CÂNCER PULMONAR. AMPARO CONSTITUCIONAL E LEGAL. DEVER DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO QUE NÃO PODE SER AFASTADO. CONCESSÃO DA SEGURANÇA. Sendo dever do Estado (lato sensu) garantir a saúde de todos; e restando comprovada, no caso concreto, a necessidade do medicamento pleiteado, conforme receituário médico, é incumbência inafastável do ente público fornecê-lo. VISTOS, relatados e discutidos estes autos, acima identificados: ACORDA a Primeira Seção Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, em sessão ordinária virtual realizada, por unanimidade, CONCEDER À SEGURANÇA. (0800848-67.2017.8.15.0000, Rel. Desa. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti Maranhão, MANDADO DE SEGURANÇA CÍVEL, 1ª Seção Especializada Cível, juntado em 15/05/2020).

Desse modo, reitera e reforça o mesmo entendimento o Egrégio Tribunal de Justiça Paraibana TJPB em outro julgado:

[...] APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA. REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO. DIREITO À SAÚDE. GARANTIA CONSTITUCIONAL DE TODOS. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DO REMÉDIO PLEITEADO NO ROL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. IRRELEVÂNCIA. INOCORRÊNCIA DE OFENSA AO PRINCÍPIO DA INDEPENDÊNCIA DOS PODERES. AUSÊNCIA DE PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA. JUSTIFICATIVA INADEQUADA. NÃO INCIDÊNCIA DA RESERVA DO POSSÍVEL. DEVER DO ESTADO NO FORNECIMENTO DO FÁRMACO, POSSIBILITADA A SUBSTITUIÇÃO POR OUTRO COM O MESMO PRINCÍPIO ATIVO. JURISPRUDÊNCIA CONSOLIDADA DESTA CORTE E DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. NEGATIVA DE SEGUIMENTO POR DECISÃO MONOCRÁTICA. 1. É dever do Estado prover as despesas com medicamentos de pessoa que não possui condições de arcar com os valores sem se privar dos recursos indispensáveis ao sustento próprio e da família. 2. Não há ofensa à independência dos Poderes da República, quando o Judiciário se manifesta acerca de ato ilegal e ineficiente do Executivo. Conforme entendimento sedimentado no Tribunal de Justiça da Paraíba, a falta de previsão orçamentária não pode servir como escudo para eximir o Estado de cumprir com o seu dever de prestar o serviço de saúde adequado à população. 3. “Art. 5º Na aplicação da lei, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum.” (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro). (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00194467420148150011, Relator DES JOSE RICARDO PORTO, j. em 08-09-2015).

Dessa forma, para garantia do atendimento completo no tratamento oncológico, o Estado e a Sociedade Civil público/privada necessitam de uma pactuação para as ações públicas de saúde de forma que não haja interrupção em nenhuma fase do processo de cuidar nos serviços ofertados pelo SUS. Cabendo então a este, zelar pelo cumprimento da ordem jurídica e do Estado Democrático de Direito (DOMINGUES, 2014).

Nos casos em que os pacientes se encontram fora do seu domicílio também é garantido o tratamento oncológico, mas na condição prevista no artigo 1º, § 1 da Portaria do Ministério da Saúde n.º 55/1999 que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS o qual trata sobre o tratamento fora de domicílio (TFD).

O escopo dessa portaria ministerial é garantir aos pacientes portadores de neoplasia maligna o acesso imediato ao tratamento ou a continuidade deste em outro lugar que não seja o seu Município ou Estado de origem, ou seja, em seu domicílio.

Segundo descreve o artigo 1º, § 1 da Portaria do MS/SUS n.º 55/1999:

Art. 1º- Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

§ 1º- O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

Além de garantir acesso aos mais diversos tipos de tratamento, a TFD assegura ao paciente oncológico e ao seu acompanhante, este último, caso seja necessário por indicação médica, o custeio das despesas ligadas à alimentação, hospedagem e seu deslocamento, seja por via terrestre, fluvial ou aérea não podendo ser inferior a cinquenta quilômetros de distância ou região metropolitana.

No tocante à reabilitação, faz-se importante estudar como o legislador infraconstitucional abordou a forma de inserção e permanência no mercado de trabalho dos pacientes cuidados e em fase de reabilitação de sua saúde.

Vale salientar que a súmula 443 do TST considera discriminatória a demissão de trabalhador diagnosticado com câncer que suscite estigma e preconceito, garantindo ao trabalhador em casos de presunção da dispensa nos moldes da presente súmula à reintegração no emprego.

Por se tratar de uma doença que atinge agressivamente os seus portadores, seja nas searas psicossocial, econômica, labora, familiar, e acima de tudo funcional, e, nesse último, causando, na grande maioria das vezes, a inaptidão do paciente tratado, a Lei n.º 8.213/99 e o Decreto 3.048/99 trouxe a garantia do direito social do segurado em retornar as suas atividades laborativas.

Descreve o artigo 137 do Decreto 3.049/99:

Art. 137. O processo de habilitação e de reabilitação profissional do beneficiário será desenvolvido por meio das funções básicas de:

I – Avaliação do potencial laborativo;

II – Orientação e acompanhamento da programação profissional;

III – Articulação com a comunidade, inclusive mediante a celebração de convênio para reabilitação física restrita a segurados que cumpriram os pressupostos de elegibilidade ao programa de reabilitação profissional, com vistas ao reingresso no mercado de trabalho; e

IV – Acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

§ 1º A execução das funções de que trata o caput será realizada, preferencialmente, por meio do trabalho de equipe multiprofissional especializada, sempre que possível, na localidade do domicílio do beneficiário, ressalvadas as situações excepcionais em que ele tenha direito à reabilitação profissional fora dela. (Redação dada pelo Decreto nº 10.410, de 2020).

§ 2º Quando indispensáveis ao desenvolvimento do processo de reabilitação profissional, o Instituto Nacional do Seguro Social fornecerá aos segurados, inclusive aposentados, em caráter obrigatório, prótese e órtese, seu reparo ou substituição, instrumentos de auxílio para locomoção, bem como equipamentos necessários à habilitação e à reabilitação profissional, transporte urbano e alimentação e, na medida das possibilidades do Instituto, aos seus dependentes.

A legislação assegura ao paciente em reabilitação de sua doença o direito de exercer suas atividades laborais. Para isso, a norma assegura atendimento multiprofissional, com médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.

Além de tudo, a seguridade social garante aos seus segurados a reabilitação profissional, nos moldes do artigo 89 e alíneas a, b e c da Lei n.º 8.213/91, *in verbis*:

Art. 89. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.

Parágrafo único. A reabilitação profissional compreende:

- a) O fornecimento de aparelho de prótese, órtese e instrumentos de auxílio para locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional;
- b) A reparação ou a substituição dos aparelhos mencionados no inciso anterior, desgastados pelo uso normal ou por ocorrência estranha à vontade do beneficiário;
- c) O transporte do acidentado do trabalho, quando necessário.

Para Irineu Francisco Barreto Junior (2013), a reabilitação deve ser além de tudo humanizada, caracterizada pela dignidade humana e assegurada segundo pressupostos éticos e legais para que o trabalhador ou demais assegurados tenham amplo conhecimento dos seus direitos especiais contidos na legislação.

4 DOS DIREITOS SOCIAIS DO PACIENTE COM CÂNCER

Nesse capítulo, analisa-se os diversos direitos sociais que asseguram aos portadores de neoplasia maligna o mínimo existencial: a dignidade humana, inclusive na morte e pós-morte.

Abordam-se os direitos ligados à seguridade social, direitos trabalhistas, tais como FGTS e PIS/PASEP e, por fim, a análise do instituto da prioridade de tramitação de processos judiciais dos pacientes portadores das neoplasias malignas.

4.1 SÍNTESE DOS DIREITOS DA PESSOA COM CÂNCER

O Estado tem a responsabilidade de garantir aos cidadãos portadores de doenças crônicas, o acesso a atenção básica à saúde.

Entende-se como doenças crônicas o conjunto de doenças de causas múltiplas que acometem o paciente por um longo período, podendo ter sua origem incerta e não infecciosa, causando a debilidade e incapacidade do paciente, (BRASÍLIA, MS; 2008).

Aduz o artigo 151 da lei 8.213/91 sobre o rol das doenças crônicas:

Artigo 151. Até que seja elaborada a lista de doenças mencionada no inciso II do artigo 26, independe de carência a concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez ao segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido das seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, esclerose múltipla, hepatopatia grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids) ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada (NR) (BRASIL, 2015).

Como visto, dentre as doenças citadas no artigo 151 da lei 8.213/91 encontram-se as neoplasias malignas, doença considerada pelo ordenamento jurídico pátrio como enfermidade grave e crônica merecendo de intervenções médicas específicas ao paciente, de garantia jurídica tutelada pelo Estado no tratamento da doença desde a prevenção até a reabilitação.

A intervenção no tratamento das doenças crônicas, especificamente nas neoplasias malignas, dar-se através de uma multidiversidade de abordagens, terapêuticas, procedimentais, de atendimento especializado e humano.

Tais abordagens como as cirúrgicas, usam medicamentos fortes como as quimioterapias e imunoterapias, o uso de rádio fármacos, tecnologias de tratamento oncológico utilizando radiação ionizante por teleterapia ou braquiterapia, além de procedimentos e tratamentos paliativos, dependendo da gravidade da enfermidade e que, muitas vezes, geram um desgaste na saúde física, psicológica e que muda radicalmente o estilo de vida destes.

Além dos impactos fisiológicos e morfológicos no paciente com câncer, a doença gera consigo impactos sociais e jurídicos. Por ser uma enfermidade de potencial amplitude e magnitude quando se trata de atingir uma grande parcela da população brasileira, o Estado como fomentador de políticas públicas de saúde e investidor na prevenção e tratamento, deve garantir o acesso e a continuidade no tratamento dos pacientes portadores das neoplasias.

Destarte, o câncer gera impactos socioeconômicos e desigualdade social, além de que, geram impactos financeiros nos cofres do Estado.

Inerente aos direitos e garantias fundamentais dos pacientes com neoplasia maligna, cabe aqui apresentar as garantias normativas das pessoas acometidos pela doença, bem como a responsabilidade jurídico-social do Estado e as necessidades dos enfermos no acesso a tutela jurisdicional destes ensejos.

Para assegurar os direitos do paciente com câncer de forma satisfatória pelo ordenamento jurídico brasileiro é indispensável e imprescindível a apresentação de determinados documentos relacionados à patologia para efeitos de efetivação dos benefícios garantidos em lei (Barbosa, 2014. p.29).

Dentre os principais documentos estão: documentos de identificação individual como Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), Cadastro Nacional de Saúde (CADSUS) ou Cartão do SUS, Cadastros Sociais como o Número de Identificação Social (NIS) ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), PIS/PASEP, extratos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), extratos previdenciários (EP), declarações de Imposto de Renda (IR), etc. Além de documentos que comprovem o acometimento do indivíduo à doença diagnosticada como neoplasia maligna, tais como: Laudos, relatórios médicos, exames de imagens gravados em película ou filme radiológicos, exames laboratoriais, entre outros.

Levando em consideração os direitos sociais e garantias fundamentais descritos na Carta Magna de 1988, destacam-se os principais direitos dos pacientes com câncer, detalhados na tabela a seguir.

Na Tabela 5 - Síntese dos direitos sociais dos pacientes oncológicos e suas respectivas condições legais para acesso e amparo.

DOS DIREITOS	CONDIÇÕES	LEIS
Imposto de Renda (IR)	Comprovação da existência da doença através de laudos médico pericial.	Lei nº 7.713/88; Lei nº 9.250/95; Decreto nº 3.000/99.
Impostos sobre produtos industrializados (IPI)	Apresentar três cópias de exames e do laudo anatomopatológico comprovando que a patologia comprometeu sua mobilidade.	Lei 10.754/03
Imposto sobre mercadorias e serviços (ICMS)	O paciente interessado na isenção e no momento da compra, deve comprovar que a doença comprometeu de forma parcial ou total sua forma física.	Artigo 9º do Decreto no 37.699/97;
Imposto sobre operações financeiras	O paciente no momento do financiamento deve ateste a sua condição através de laudo médico pericial em que algum membro do corpo ficou comprometido em decorrência da doença.	Artigo 72, da Lei nº 8.383/91
Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)	O paciente deve comprovar que a doença comprometeu sua condição física. Além de apresentar um requerimento no Posto Fiscal da Secretaria da Fazenda de sua cidade, com demais documentos solicitados pelo órgão competente.	Artigo 1º da Lei nº 9.928/12

<p>Benefícios previdenciários (INSS)</p> <p>Aposentadoria por incapacidade permanente</p> <p>Auxílio por incapacidade temporária</p>	<p>O paciente deve ser assegurado pelo INSS e passar por perícia médica.</p> <p>O paciente deve ser segurado do INSS, bem como devem ser apresentados os documentos exigidos pelo referido órgão e apresentar não somente a incapacidade de trabalhar, mais também condições socioeconômicas, intelectuais e readaptação ao trabalho.</p> <p>Quanto ao auxílio por incapacidade temporária, o paciente oncológico deve ser vinculado ao RGPS (regime Geral de Previdência Social); b) estar incapacitado para exercer seu trabalho considerando o período mínimo de 15 dias corridos; c) ter no mínimo 12 contribuições previdenciárias mensais, salvo as doenças que eliminam essa carência de 12 contribuições.</p>	<p>Lei nº 8.213/91 Artigo 151 da Lei nº 8.213/91. Artigo 25 da Lei 8.213/1991</p>
<p>Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)</p>	<p>O paciente precisa comprovar mediante exames e laudo médico o comprometimento da sua capacidade laboral. Além disso, a renda familiar do interessado no benefício não pode ultrapassar a um quarto 1/4 do salário mínimo no ano vigente.</p>	<p>Artigo 203 da CFR/1988; Lei nº 8.742/1993; Lei nº 6.214/2007</p>
<p>Fundo de garantia por tempo de serviços (FGTS)</p>	<p>O paciente terá que requerer na CEF o levantamento dos seus valores vinculados, e apresentar os documentos indispensáveis ao processo, dentre os quais estão a CTPS, RG, comprovante de inscrição do PIS/PASEP, e ainda o laudo médico que comprove doença.</p>	<p>Lei nº 8.922/90</p>
<p>PIS/PASEP</p>	<p>Resolução do Conselho Diretor do Fundo de Participação nº 01, garante ao paciente a liberação dos saldos das contas quando seu titular ou qualquer de seus dependentes fosse acometido de câncer.</p>	<p>Lei nº 9.715/98; MP nº 946/2020; LC nº 7, de 7/9/70.</p>

Transportes intermunicipais	O paciente com câncer deverá apresentar declaração de que a sua renda familiar não é superior quatro salários mínimos.	Lei nº 8.899/94; Portaria Interministerial nº 003, de 10 de abril de 2001; Lei nº 9.115/10; Lei nº 12.069/11.
Medicamentos	Paciente com laudo e em tratamento contra a neoplasia devem mostrar documentação necessária para o andamento do processo de tratamento.	Lei nº 8.080/90 Portaria nº 3.916/98; Portaria nº 956/00; Portaria nº 432/01.
Celeridade nos processos judiciais	O paciente com câncer interessado em acessar este benefício deve comprovar suas alegações através de laudos e exames médicos.	Lei nº 12.008/09; EC nº 62/09; Artigo 1.048 da Lei nº 13.105/15; Artigo 71 da Lei nº 10.741/03.
Cirurgia de reconstrução mamária	Mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de tratamento de câncer	Lei 9656/98

Fonte: Elaboração própria.

A tabela destaca alguns dos principais direitos sociais presentes na legislação pátria que amparam e garantem legalmente o mínimo da dignidade humana as pessoas portadoras dessa doença.

Além de esboçar as qualificações normativas e condições necessárias para que esses pacientes tenham efetivo acesso aos seus direitos.

Dessa forma, o presente trabalho apresenta uma análise dos direitos sociais que são assegurados às pessoas portadoras das neoplasias malignas destacando os direitos previdenciários, direitos trabalhistas importando os institutos do FGTS e PIS/PASEP e o direito à prioridade e celeridade na tramitação dos processos judiciais.

4.2 DOS DIREITOS SOCIAIS DISPONÍVEIS AOS PACIENTES COM CÂNCER

Devido à complexidade do tratamento, reabilitação e inserção ao meio social, os direitos sociais devem ser ofertados de forma eficaz aos pacientes com neoplasia maligna seguindo pressupostos éticos e legais.

Para isso, deve prevalecer o papel responsável do Estado em garantir que esses direitos sejam aplicados para todos aqueles que buscam a tutela jurisdicional e assistencial.

4.2.1 Da assistência educacional como direito social dos pacientes oncológicos

A educação é direito social assegurado a todos e dever do Estado garantido pela Constituição Federal de 1988, em seus artigos 6 e 205. O Estado como fomentador de políticas públicas tem o dever de assegurar a todas as gerações o acesso à educação de forma autônoma, digna e eficaz, garantindo a todos as condições necessárias para o desenvolvimento do processo ensino aprendizagem.

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).

Os direitos sociais elencados no artigo anterior desfrutam forte influência dos valores éticos de uma sociedade civilizada e dos valores universais no que tange a dignidade humana colocando as pessoas portadoras de câncer como indivíduos de direitos internacionais e harmônico com os demais ramos dos direitos ligados à economia, educação, cultura e sociedade (MARSHALL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 assevera o papel do Estado como garantidor do acesso à educação em seu artigo 205, *in verbis*:

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Destarte, os dispositivos constitucionais asseguram a cada cidadão brasileiro, nato, naturalizado ou estrangeiro o pleno desenvolvimento educacional dos educandos do país, o exercício da cidadania e o preparo educativo para o acesso ao mercado de trabalho como direito fundamental (ISHIDA, 2015).

Nesse diapasão, o Decreto 1.044/69 garante aos educandos acometidos com a neoplasia maligna ou limitação física incompatível como assiduidade e atividades

escolares por causa da doença ao atendimento em regime excepcional em qualquer nível educacional em que este se encontrar.

Aduz o artigo 1º, alíneas a, b e c do Decreto-lei 1044/69:

Art. 1º São considerados merecedores de tratamento excepcional os alunos de qualquer nível de ensino, portadores de afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados, caracterizados por:

- a) incapacidade física relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos escolares; desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos/moldes;
- b) ocorrência isolada ou esporádica;
- c) duração que não ultrapasse o máximo ainda admissível, em cada caso, para a continuidade do processo pedagógico de aprendizado, atendendo a que tais características se verificam, entre outros, em casos de síndromes hemorrágicas (tais como a hemofilia), asma, carótide, pericardites, afecções osteoarticulares submetidas a correções ortopédicas, nefropatias agudas ou subagudas, afecções reumáticas, etc.

Vale salientar que, para garantir o tratamento excepcional, o discente merecedor desse benefício precisa de exames e laudo médico para comprovar sua condição de saúde, atestado por autoridade oficial do sistema educacional de ensino, sendo o Gestor escolar essa autoridade, compelindo a ele o dever de avaliar caso a caso para tomada de decisão.

A Lei nº. 14.238, de 19 de novembro de 2021 que instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer traz como princípio basilar à dignidade da pessoa humana que é a isonomia e a não discriminação das pessoas portadoras de câncer.

Nesse sentido, a educação tem papel significativo para assegurar, estimular e conscientizar esses princípios elencados em seu artigo 2º, inciso I, IX e XVI.

No que tange à educação como direito fundamental para desenvolvimento educacional dos discentes portadores dessa enfermidade, a lei 14.238/21, em seu artigo 4º, X, descreve:

Art. 4º São direitos fundamentais da pessoa com câncer:
[...]
X - atendimento educacional em classe hospitalar ou regime domiciliar, conforme interesse da pessoa com câncer e de sua família, nos termos do respectivo sistema de ensino.

Há de saber analisar que os estudantes que não possuem condições de saúde para frequentar os estabelecimentos de ensino por consequência da gravidade da doença, devem realizar suas atividades escolares em domicílio tendo que compensar

sua ausência às aulas, seguindo a supervisão da instituição e acompanhamento dos profissionais docentes.

A legitimação a essa organização do atendimento educacional especializado inerente aos estudantes em tratamento oncológico domiciliar encontra previsão na resolução 02/2001 do Conselho Nacional de Educação Especial (CNEE) e no Conselho Nacional de Educação Básica (CNEB), conforme transcrevem o artigo 13, §§ 1º e 2º e o artigo 14:

Art. 13. Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio.

§ 1º As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular.

§ 2º Nos casos de que trata este Artigo, a certificação de frequência deve ser realizada com base no relatório elaborado pelo professor especializado que atende o aluno.

Art. 14. Os sistemas públicos de ensino serão responsáveis pela identificação, análise, avaliação da qualidade e da idoneidade, bem como pelo credenciamento de escolas ou serviços, públicos ou privados, com os quais estabelecerão convênios ou parcerias para garantir o atendimento às necessidades educacionais especiais de seus alunos, observados os princípios da educação inclusiva.

À luz dos artigos supracitados, o Estado tem a responsabilidade de garantir, através das políticas públicas educacionais especiais e do sistema de saúde público, o acesso à educação básica através do atendimento educacional domiciliar ou hospitalar como forma de assegurar o acesso ao ensino básico e estimular desenvolvimento do ensino-aprendizagem dos educandos atendidos por essa condição e melhoria na qualidade de vida e expectativa desses.

4.2.2 Direitos previdenciários da pessoa com câncer

O câncer é uma doença que debilita significativamente as pessoas por ela acometidas e as fragilizam em vários aspectos, sejam físicos, psicológicos, social, econômico, funcional, laboral, familiar, entre tantos outros.

A pessoa com neoplasia merece total assistência do Estado, uma vez que a vulnerabilidade é presente na vida dos pacientes com essa doença (GIOVANELLA, 2012).

Essa vulnerabilidade que os pacientes encontram em todas as fases da doença, do tratamento à reabilitação, necessita da proteção integral do Estado.

Segundo assevera Servan-Schreiber (2008, p. 43):

Tomado pelo câncer, o organismo vive uma guerra total. As células cancerosas se comportam como bandos armados sem fé nem lei, liberados das imposições da vida em sociedade que caracterizam um organismo em boa saúde. Com seus genes anormais, eles escapam aos mecanismos de regulação dos tecidos. Perdem, por exemplo, a obrigação de morrer depois de um certo número de divisões, tornando-se, portanto, "imortais". Fazem como se não escutassem os sinais dos tecidos circundantes que, alarmados pela falta de espaço, lhes pedem incessantemente que parem de se multiplicar. Pior, estes se intoxicam pelas substâncias particulares secretadas pelas células cancerosas. Esses venenos criam uma inflamação local que estimula ainda mais sua expansão em detrimento dos territórios vizinhos. Finalmente, como um exército em campanha que precisa assegurar seu abastecimento, as células cancerosas requisitam os vasos sanguíneos das proximidades e os obrigam a proliferar a fim de fornecer o oxigênio e os nutrientes indispensáveis ao crescimento que vai rapidamente se tornar um tumor.

Portanto, a luta dos pacientes com câncer vai além do campo médico. Existe uma batalha diuturna fora do corpo humano, uma guerra onde todos os dias as pessoas com neoplasia buscam a vitória.

Nada mais justo que essas pessoas tenham do Estado o mínimo necessário para vencer essa doença não podendo ser desamparadas tendo o risco de lesões irreversíveis e iminência de morte.

A previdência social, um dos braços da seguridade social garantidos no artigo 194 e seguintes da CRFB/1988, tem o escopo de assegurar aos cidadãos o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social.

Segundo Martins (2012), a previdência social é constituída por um conjunto de princípios, regras e instituições que visa construir um sistema previdenciário por meio de contribuições, proporcionando ao segurado e seus familiares um meio indispensável de subsistência contra eventuais perdas ou danos temporários ou permanentes, conforme exigido por lei.

Uma vez que sua capacidade laboral é atingida pela doença, os pacientes enquadrados como segurado do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) com carcinoma maligno, entre os mais variados tipos, têm seus direitos assegurados junto

à previdência social, destacando-se inicialmente a aposentadoria por incapacidade permanente, anteriormente conhecida por aposentadoria por invalidez, instituto a ser analisado nos termos do artigo 42 e parágrafos seguintes da Lei n.º 8.213/91 que preceitua:

Art. 42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

§ 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

§ 2º A doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

O referido dispositivo tratou de regulamentar o benefício concedido aos trabalhadores que tiveram a suas atividades laborais impossibilitadas de serem realizadas devido à doença ou acidentes.

Ademais, o artigo 45 da lei 8.213/91 garante ao segurado na condição de paciente oncológico beneficiado com a aposentadoria por incapacidade permanente que necessitar de ajuda da assistência permanente de outra pessoa, o direito a um acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento) no valor de seu benefício.

No mais, a concessão da aposentadoria por incapacidade permanente das pessoas com câncer deve seguir o cumprimento de determinados requisitos para seu gozo. Ela garante ao doente incapaz de exercer suas atividades laborativas um benefício financeiro permanente que assegura condições dignas de subsistência.

Dessa forma, cabe analisar as condições para que as pessoas com *cancro* tenham o direito da assistência da aposentadoria por incapacidade permanente.

A primeira e mais importante é a verificação mediante perícia médica e exames médicos específicos da incapacidade² insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.

² Padronizar a linguagem que descreve o estado de saúde funcional e de incapacidade é importante ao avaliar a saúde de uma pessoa. Esta questão foi adotada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde (CIFIS) no ano de 2001. Esta classificação visa permitir que todos os profissionais da área médica tomem uma decisão única e padronizada para a decisão de patologias em saúde e os estados a ela associados. Cada componente da CIFIS da OMS consiste em domínios, e cada domínio consiste em categorias que são unidades taxonômicas. As unidades taxonômicas da CIFIS estão relacionadas à saúde. Ela

A segunda é sobre a gravidade da doença, uma vez que o parágrafo 2º do artigo 42 da Lei n.º 8.213/91 descreve, ao final do texto, a possibilidade da concessão da aposentadoria por invalidez pelo agravamento ou progressão da doença ou lesão, no caso específico, das neoplasias malignas, doença já conhecida pela sua gravidade demasiada.

O terceiro ponto a se analisar para concessão do benefício requerido é a carência que está disciplinada no artigo 26, II da Lei n.º 8.213/91:

Art. 26. Independe de carência a concessão das seguintes prestações:

(...)

II - auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência, ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado;

(...)

Em geral são de doze contribuições mensais a carência para aposentadoria por invalidez, entretanto, segundo análise do artigo 26, inciso II da Lei n.º 8.213/91, combinado com o artigo 1º, inciso IV, da Portaria Interministerial n.º 2.998/01³, as neoplasias malignas independem do período de carência para concessão do benefício. Carência é o tempo mínimo que você precisa contribuir para o INSS para ter direito a um benefício.

Outro direito social garantido pela Constituição Federal é o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS).

As pessoas portadoras de enfermidades, incluindo aqui os *cancros* malignos, têm o direito de receber um valor proporcional ao salário mínimo vigente, independentemente dessas pessoas contribuírem para a Previdência Social, nos termos do artigo 203, inciso V da CRFB/1988:

classifica funções fisiopatológicas, anatomia, coordenação motora, tarefas desempenhadas pela pessoa em seu dia a dia e influências externas à saúde. A resolução acima mencionada exige que os Estados Membros usem a CIFIS em suas atividades de investigação, monitoramento e notificação. (OMS, 2008).

³ Art. 1º As doenças ou afecções abaixo indicadas excluem a exigência de carência para a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social - RGPS:

(...)

IV- neoplasia maligna;

Art. 203 - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: (...)

V - A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

A condição para a concessão desse benefício assistencial é atrelada a vulnerabilidade social a qual a pessoa com câncer deve comprovar junto à perícia médica do INSS não possuir meios para prover a seu próprio sustento ou de sua família.

Vale salientar que o benefício do BPC/LOAS não garante à pessoa com neoplasia maligna as condições necessárias para recebimento do benefício, do décimo terceiro salário anual e sequer gera o direito de seus dependentes à pensão por morte (AMADO, 2014).

Destarte, o Supremo Tribunal Federal em julgamento de recursos extraordinários RE n.º 567.985 e n.º 580.963 entendeu ser inconstitucional o termo “miserabilidade” transcrito nos termos do art. 20, § 3º da Lei n. 8.742/93.

Apesar da decisão da Corte Suprema, o INSS ainda utiliza esse termo como condição essencial para a concessão do Benefício LOAS (AMADO, 2014).

Já o auxílio por incapacidade temporário, anteriormente conhecido como auxílio-doença, tem alguns pontos semelhanças como a aposentadoria por incapacidade permanente.

Esse instituto encontra-se previsto no ordenamento jurídico pátrio no artigo 59 e seguintes da Lei n.º 8.213/91:

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Esse auxílio garante ao trabalhador com neoplasia maligna que se encontra afastado das suas atividades laborais por inaptidão por um período superior a quinze dias um benefício financeiro.

De igual teor, o benefício por incapacidade temporária independe de carência para os portadores de câncer, além de que, a perícia médica e os exames laboratoriais são fundamentais para análise e concessão do benefício (IBRAHIM, 2010).

Desse modo, é evidente a importância dos benefícios previdenciários como garantidores de renda básica para que pessoas com câncer possam ter assegurados, além do atendimento especializado pelo sistema público de saúde, a continuidade do seu tratamento fora desse, a compra de medicamentos (inclusive os de alto custo), a realização de exames e procedimentos, o seu deslocamento, alimentação adequada, moradia, entre tantos outros direitos

4.2.3 Direitos trabalhistas da pessoa com câncer

Como visto, o direito do trabalho como um dos aspectos dos direitos sociais encontra-se garantido na Carta Magna de 1988 e as pessoas acometidas com patologias neoplásicas têm esses direitos garantidos.

Nesse tópico, analisa-se os institutos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e as cotas dos Programas de Integração social (PIS/PASEP).

O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço é uma garantia de proteção social que o trabalhador tem nos casos de demissão sem justa causa. Os valores recolhidos pelo empregador, no caso específico de 8% (oito por cento) da remuneração bruta paga ao empregado, pertence exclusivamente a esse, podendo ser levantado esses valores em condições previstas em lei (CAIRO JÚNIOR, 2014).

Destarte, caso o empregado possua algum dependente acometido pela doença, esse pode fazer o levantamento dos valores do FGTS junto à Caixa Econômica Federal (CEF), entidade responsável pela gestão do fundo garantidor. Tal previsão legal dos depósitos mensais desses valores em nome do trabalhador se encontra disposta na Lei n.º 8.036/90, porém, somente com advento da Lei 8.922/94 houve a efetiva segurança do direito para os portadores de neoplasia maligna⁴.

⁴ Art. 1º O art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XI:

Art. 20. A conta vinculada do trabalhador no FGTS poderá ser movimentada nas seguintes situações: XI - quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

Para realizar o levantamento desses valores, o empregado ou seu dependente deverá apresentar um rol de documentos⁵ junto à CEF, sendo esses valores sacados em sua totalidade ou parcialmente (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2019).

Quanto aos programas de integração social PIS, criado no ano de 1970, através da Lei Complementar n.º 7, com intuito de promover a integração do empregado dos serviços privados, na vida e do desenvolvimento da empresa, sendo colhido depósitos mensais em benefício do trabalhador junto à CEF.

Já o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público PASEP, instituído pela Lei Complementar n.º 8, em 03 de março de 1970, tem o mesmo intuito do PIS na promoção de integrar os servidores públicos no desenvolvimento do ente estatal o qual está lotado. O levante dos depósitos recolhidos dos entes federados (União, Estados, Municípios, Distrito Federal, Sociedades de Economia Mistas, Fundações, Empresas Públicas e Autarquias) são geridos pelo Banco do Brasil.

Segundo Barbosa (2014), caso a pessoa com neoplasia maligna se enquadre na qualidade de empregado de empresa privada ou servidor público, de acordo com a resolução n.º 1/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação pode fazer o levantamento dos valores para realização de seu tratamento e reabilitação. Cabe destacar que os documentos necessários para sacar esses valores são os mesmos utilizados para sacar os recursos referentes ao FGTS.

Apesar da Medida Provisória MP 889/19 ter alterado a Lei Complementar 26/95 possibilitando a movimentação desses valores em conta e a Lei n.º 8.036/90 instituindo nova modalidade de saque (saque-aniversário), a MP não demonstrou

⁵ Documento de identificação;

Carteira de Trabalho;

Cópia autenticada das atas das assembleias que comprovem a eleição, eventuais reconduções e término do mandato, quando se tratar de diretor não empregado;

Número de inscrição PIS/PASEP/NIS;

Formulário “Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS” preenchido e firmado com assinatura sobre carimbo e CRM/UF do médico assistente responsável pelo tratamento, com validade não superior a 1 (um) ano contado de sua expedição, disponível para download no site da CAIXA no endereço eletrônico <https://www.caixa.gov.br/Downloads/fgts-manuais-e-cartilhas-operacionais/FGTS-Relatorio-Medico-de-Doencas-Graves-para-Solicitacao-de-Saque-do-FGTS.pdf>

Cópia dos exames médicos e de seus respectivos laudos e/ou dados clínicos que tenham sido informados no formulário “Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS”;
Comprovante de dependência, no caso de saque em que o dependente do titular da conta vinculada estiver acometido de neoplasia maligna.

avanço significativo na melhoria ou desburocratização do acesso aos direitos neles contidos aos portadores de neoplasia maligna.

4.3 DA PRIORIDADE DE TRAMITAÇÃO DE PROCESSOS JUDICIAIS DAS PESSOAS COM CÂNCER

Como já enfatizado, o câncer é uma doença avassaladora, abala as pessoas que dela são acometidas e seus familiares. Apesar dos avanços nos diversos tipos de diagnósticos e tratamento, a doença é tratada com estigma e preconceito por muitos, causando sofrimento e, muitas vezes, a morte precoce.

Dados do INCA (2020) já analisados nas tabelas 1 e 2 nesse trabalho, um aumento de novos casos no quantitativo de 626.030, sendo que a doença ceifou a vida de aproximadamente 260.000 pessoas.

Apesar do aperfeiçoamento das políticas públicas no combate às neoplasias malignas no país é perceptível a dificuldade do cidadão conseguir, em tempo hábil, o acesso aos serviços de saúde pública e assistenciais. Muitas vezes os entraves burocráticos e a falta de atendimento do sistema de saúde fazem com que a população busque a jurisdição estatal para demandar seus direitos em busca de solucionar seus litígios.

O Código de Processo Civil (CPC), de 2015, prioriza a tramitação de processos judiciais ou administrativos no inciso I do artigo 1.048, *in verbis*:

Art. 1.048. Terão prioridade de tramitação, em qualquer juízo ou tribunal, os procedimentos judiciais:

I - em que figure como parte ou interessado pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadora de doença grave, assim compreendida qualquer das enumeradas no art. 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988 ;

Portanto, as pessoas portadoras das neoplasias malignas de acordo com o dispositivo supracitado carecem de celeridade processual em seus trâmites, sejam eles judiciais ou administrativos em qualquer juízo ou tribunal. Sendo esse deferido, os autos conclusos receberão uma identificação própria que manifesta o regime de tramitação prioritária, conforme o § 2º do artigo 1.048 da referida lei.

Vale salientar que a prioridade de tramitação de processos judiciais nos quais um dos polos é pessoa com câncer deve ser arguido em exordial e juntada todas as provas de direito da condição de saúde da pessoa doente.

Observa-se que o ônus de provar a condição de saúde é da pessoa acometida pela doença. Diferente do que trata o início do texto legal em seu inciso 1º, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos pode provar pelos mais diversos tipos de documentos com foto aceitos pelo poder judiciário brasileiro, tais como: Registro Geral, Certidão de Nascimento ou Casamento, Carteira de Trabalho, entre outros.

Segundo Castro e Lazzari (2015), no caso das pessoas portadoras de doenças graves, em específico as neoplasias malignas, patologia que faz parte do rol das doenças agressivas enumeradas no artigo 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88, resta a apresentação para fins dos benefícios já mencionados, perícia médica, apesar dessa última não ser unanimidade quanto exigência legal.

Apesar da exigência de perícia por junta médica oficial, conforme preceitua a Lei 7.713/88 em seu artigo 6º, são aceitos pelo poder judiciário e administração pública outros meios de prova, prezando-se pelo princípio da razoabilidade, boa-fé objetiva e presunção de veracidade dos documentos emitidos por outras instituições de saúde, públicas ou privadas, dando ao juízo a liberalidade de decidir o valor da prova, porém essa não pode ser imposto ao magistrado como se a matéria fosse, exclusivamente, de direito, segundo entendimento do Superior Tribunal de Justiça em tese firmada em acórdão, conforme disposto:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO/TRATAMENTO MÉDICO A CIDADÃO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO I. PRETENSÃO MANDAMENTAL APOIADA EM LAUDO MÉDICO. AUSÊNCIA DE DIREITO LÍQUIDO E CERTO. NECESSIDADE DA PROVA SER SUBMETIDA AO CONTRADITÓRIO PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DA INEFICÁCIA OU IMPROPRIEDADE DO TRATAMENTO FORNECIDO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. INADEQUAÇÃO DA VIA ELEITA. 1. O recurso ordinário em questão foi interposto contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, que denegou o mandado de segurança em que se objetiva o acesso a medicamentos e equipamentos necessários ao tratamento e controle de diabetes mellitus tipo 1. O Tribunal de origem entendeu que "as declarações [...] constantes de documentos particulares têm a veracidade oponível apenas a seu signatário, competindo ao favorecido pela declaração provar o fato declarado em face de terceiro, razão por que a instrução do 'mandamus' somente com relatório e prescrição subscritos por médico particular não configura a prova pré-constituída da liquidez e certeza do direito da impetrante de obter do Poder Público determinado medicamento, sobretudo se se mostra controvertida a maior eficácia do material e remédio solicitados em relação às opções terapêuticas que são

padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde para tratamento das moléstias". 2. O Supremo Tribunal Federal, após realização de audiência pública sobre a matéria, no julgamento da SL N. 47/PE, ponderou que o reconhecimento do direito a determinados medicamentos dá-se caso a caso, conforme as peculiaridades fático-probatórias. Porém, ressaltou que, "em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente". 3. O laudo emitido por médico particular, embora possa se caracterizar como elemento de prova (v.g.: AgRg no Ag 1107526/MG, Rel. Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, DJe 29/11/2010; AgRg no Ag 1194807/MG, Rel. Ministro Luiz Fux, Primeira Turma, DJe 01/07/2010), não pode ser imposto ao magistrado como se a matéria fosse, exclusivamente, de direito. O laudo médico, vale dizer, não é espécie de prova suprema ou irrefutável, ainda mais quando a solução da controvérsia, de natureza complexa, depende de conhecimento técnico-científico, necessário para se saber a respeito da possibilidade de substituição do medicamento ou sobre sua imprescindibilidade. 4. Como elemento de prova, o laudo médico apresentado pelo impetrante deve ser, regularmente, submetido ao contraditório, à luz do que dispõe o art. 333, II, do CPC, principalmente quando, para o tratamento da enfermidade, o Sistema Único de Saúde oferecer tratamento adequado, regular e contínuo. 5. Nesse contexto, forçoso reconhecer que a impetrante deve procurar as vias ordinárias para o reconhecimento de seu alegado direito, porquanto o alegado direito ao tratamento que postula não se mostra líquido nem certo para o fim de impetração do mandado de segurança. 6. Agravo regimental não provido. AgRg no RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA Nº 34.545 - MG (2011/0105593-5). Brasília (DF), 14 de fevereiro de 2012. MINISTRO BENEDITO GONÇALVES.

Em síntese, o acórdão proferido pelo STJ em sede de Mandado de Segurança denegatório pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais entendeu que o laudo médico expedido por médico particular não é uma espécie de prova irrefutável. Como elemento de prova pré-constituída, o laudo deve ser submetido ao contraditório, sob a égide do artigo 333, inciso I do CPC/2015.

Por ser o câncer uma doença de difícil cura, alguns tipos extremamente agressivos e de rápida mortalidade, como o *cancro* de pulmão, mama e colorretal (OMS, 2020) não necessitam que o diagnóstico da doença por exames específicos seja recente⁶. A pessoa acometida com a doença pode, em qualquer fase do processo, requerer a produção de prova, que em caso positivo, aplicar-se-á o instituto da tramitação prioritária do processo judicial.

⁶ Reconhecida a neoplasia maligna, não se exige a demonstração da contemporaneidade dos sintomas, nem a indicação de validade do laudo pericial, ou a comprovação de recidiva da enfermidade, para que o contribuinte faça jus à isenção de imposto de renda prevista no art. 6º, XIV, da Lei 7.713/1988 (TRF da 4.ª Região, 1.ª T., Ap. Cível 5069146-80.2013.404.7100, Rel. João Batista Lazzari, julgado em 04.02.2015).

Para concessão do benefício da prioridade de tramitação dos processos, a pessoa com neoplasia maligna deve-se atentar para o que tratam os §§ 1.º ao 4º do artigo 1.048 do CPC/15:

Art. 1.048. Terão prioridade de tramitação, em qualquer juízo ou tribunal, os procedimentos judiciais:

(...)

§ 1º A pessoa interessada na obtenção do benefício, juntando prova de sua condição, deverá requerê-lo à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará ao cartório do juízo as providências a serem cumpridas.

§ 2º Deferida a prioridade, os autos receberão identificação própria que evidencie o regime de tramitação prioritária.

§ 3º Concedida a prioridade, essa não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite ou do companheiro em união estável.

§ 4º A tramitação prioritária independe de deferimento pelo órgão jurisdicional e deverá ser imediatamente concedida diante da prova da condição de beneficiário.

O paciente deve juntar na inicial do processo as provas da sua condição de saúde e demonstrar através de laudo médico e exames clínicos sob pena do juízo indeferir o benefício, ou seja, o poder judiciário precisa ser provocado para que a autoridade competente providencie os atos jurídicos seguintes, não podendo esse conceder o benefício de ofício (COUTO FILHO, 2008. SOUZA, 2008).

Destarte, o benefício concedido ao paciente oncológico da prioridade de tramitação não se extingue com o falecimento desse. Descreve o § 3.º do artigo 1.048 do CPC/15 que, “uma vez concedida o benefício da prioridade de tramitação processual, essa não se extinguirá com o falecimento do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite ou do companheiro em união estável” (BRASIL, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As neoplasias malignas são consideradas pelos órgãos de informação e políticas públicas de controle como sendo a segunda doença de maior mortalidade no Brasil, ficando atrás somente das doenças provenientes do sistema cardiocirculatórios. São os dados de uma pesquisa recente divulgada pelo Instituto Nacional do Câncer entre os anos de 2020 a 2022.

Compreende-se a importância de a população conhecer os direitos inerentes da pessoa com câncer em sua total magnitude. Quando a doença é diagnosticada em sua fase inicial, as chances de sobrevivência são significativamente maiores, ao contrário daqueles que descobrem o problema tardiamente. Nesse sentido, o indivíduo informado sobre seus direitos garantidos pelo ordenamento jurídico pátrio tem maiores chances de um diagnóstico rápido, tratamento eficaz e reabilitação eficiente.

Dessa forma, constata-se que a saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado em satisfazer todas as demandas, planejar ações, estabelecer metas, financiar com recursos necessários o melhoramento do sistema básico e especializado de saúde no país, em especial aos serviços oncológicos.

Na atual conjectura, faz-se necessário um diálogo permanente entre a sociedade civil, os poderes da república, a ciência e comunidade acadêmica, de forma ética, justa e política, para construção de um futuro prospero e garantia fundamental na consolidação dos direitos dos pacientes com neoplasia maligna, nos moldes do Estado Democrático de Direito.

No presente trabalho foi possível vislumbrar a importância dos direitos sociais como garantia fundamental ao portador de neoplasia maligna. Atrelada aos princípios constitucionais como o direito da dignidade da pessoa humana, a qualidade de vida e a igualdade, esses direitos quando atingidos sua eficácia melhoram significativamente a qualidade de vida de cada um, sendo resposta da primeira hipótese arguida.

Ao ponto que a população se faz informada sobre os direitos sociais garantidos pela Carta Magna e demais leis infraconstitucionais como direito social à saúde e qualidade de vida, dos direitos previdenciários, tais como: Aposentadoria por incapacidade permanente, BPC/LOAS, tratamento fora do domicílio do doente, dos direitos trabalhistas aos amparos do trabalhador, FGTS, PIS/PASEP, e do benefício da prioridade de tramitação dos processos, observou-se os avanços da legislação

brasileira na batalha para proporcionar aos pacientes oncológicos o mínimo necessário da sua dignidade, proteção e sustentação psicossocial e socioeconômica, além de proporcionar as condições financeiras necessárias para continuação de seu tratamento, trazendo ares de esperança e conforto para o paciente e seus familiares.

A aplicabilidade dos direitos supracitados é dever do Estado, mas vai além daquilo que a norma determina. Existe um caráter moral, ético por parte de todos os responsáveis. Trata-se aqui de seres humanos que têm direito a uma vida digna, merecedores de todas as assistências possíveis.

Ao analisar as políticas públicas como norteadora das ações de combate ao câncer, demonstrou-se no presente texto que a legislação brasileira, apesar dos avanços significativos, carece de modernização, principalmente no momento em que o país vivencia uma pandemia avassaladora do novo coronavírus, respondendo a segunda hipótese sugerida.

Tal modernização ou aperfeiçoamento da legislação deve ser direcionada *a priori* aos investimentos nas pesquisas científicas para que o poder público, através do sistema básico e especializado de saúde pública, ofereça melhores atendimentos e diagnósticos, à busca de novos tratamentos, financiamento de procedimentos cirúrgicos, de medicamentos e reabilitação.

A temática definida no trabalho é de extrema e significativa relevância social, pois busca expor a realidade fática do sistema de saúde pública quanto às possíveis consequências causadas pela pandemia do novo coronavírus aos pacientes oncológicos em tratamento e recuperação.

Finalmente, observou-se que o objetivo do trabalho foi alcançado em analisar e destacar a importância das políticas públicas de saúde no combate ao câncer, bem como dos direitos sociais e garantias fundamentais como alicerce da dignidade humana e do Estado Democrático de Direito. Porém frisa-se pela necessidade de aprofundamento dos estudos acerca do tema, uma vez que essa monografia não tem a pretensão de esgotar o assunto.

REFERÊNCIAS

AMADO, F. **Direito Previdenciário**. 4. ed. Salvador: Juspodivm, 2014.

AUGUSTO, M. H. O. **Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate**. Tempo Social, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 105-119, 1989.

BARBOSA, Antonieta. **Câncer, direito e cidadania: como a lei pode beneficiar paciente e familiares**. 15^a ed. São Paulo: Atlas, 2014.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco. **O Direito à Saúde na Ordem Constitucional Brasileira**. Revista de Direito e Garantias Fundamentais. v. 14, p. 71-100, 2013.

BARROSO, Luís Roberto. **Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo**. Revista Jurídica da Presidência, v. 12, n. 96, p. 05-43, 2010.

BAUER, M. W. e GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf.USP, dezembro 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out. 1988, Seção 1, p. 1. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 29 jan. 2022.

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 1.044, DE 21 DE OUTUBRO DE 1969**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1044.htm. Acessado em: 20 de jun de 2022.

BRASIL. **Decreto 3.049 de 06 de maio de 1999**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acessado em: 12 de jun de 2022.

BRASIL. **ENUNCIADOS DA I, II E III JORNADAS DE DIREITO DA SAÚDE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acessado em: 12 de jun de 2022.

BRASIL. **Lei n.º 7.713/88**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm. Acessado em: 03 de julho de 2022.

BRASIL. **Lei n.º 8.036 de 11 de maio de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8036consol.htm. Acessado em: 03 de julho de 2022.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011. Acessado em: 5 de jun de 2022.

BRASIL. **Lei 8.213 de 24 de julho de 1991**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acessado em: 12 de jun de 2022.

BRASIL. **Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em: 5 de jun de 2022.

BRASIL. **Lei n.º 8.213 de 24 de julho de 1991**. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1991/8213.htm>. Acesso em: 01 de julho de 2022.

BRASIL, **Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acessado em 01 de julho de 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil**. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/507525>. Acessado em: 03 de julho de 2022.

BRASIL. **Lei nº. 14.238, de 19 de novembro de 2021**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.238-de-19-de-novembro-de-2021-360895776>. Acessado em: 20 de jun de 2022.

BRASIL. **Lei 14.335 de maio de 2022**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14335.htm. Acessado em: 5 de jun de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Perguntas frequentes: Direitos sociais da pessoa com câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/direitos-sociais-da-pessoa-com-cancer>, acesso em 15 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 874/13**. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881E6DD68572016DD6AA53A71FEA#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20para%20a,promo%C3%A7%C3%A3o%2C%20preven%C3%A7%C3%A3o%2C%20detec%C3%A7%C3%A3o%20precoce%2C>. Acesso em 5 de jun de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 55/1999**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acessado em: 12 de jun de 2022.

BRASIL. Ministros de Estado da Previdência e Assistência Social e da Saúde (MPASS). **Portaria Interministerial nº 2.998/01**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/p2998.pdf>. Acessado em 01 de julho de 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no recurso em mandado de segurança Nº 34.545 - MG (2011/0105593-5)**. Brasília-DF. 2012. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:superior.tribunal.justica;turma.2:acordao;ag:2010-11-18;1107526-1069862>. Acessado em: 03 de julho de 2022.

CAIRO JÚNIOR, J. **Curso de Direito do Trabalho: Direito Individual e Coletivo do Trabalho**. 9. ed. Salvador: Juspodivm, 2014.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (CEF). **Condições e Documentos para o Saque para o FGTS**. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/beneficios-trabalhador/fgts/condicoes-e-documentos-para-saque-do-FGTS/paginas/default.aspx>. Acessado em: 03 de junho de 2022.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de. LAZZARI, João Batista. **O Novo CPC, a prioridade de tramitação processual em matéria previdenciária e assistencial e os aspectos correlatos**. Disponível em: http://genjuridico.com.br/2015/04/02/o-novo-cpc-a-prioridade-de-tramitacao-processual-em-materia-previdenciaria-e-assistencial-e-aspectos-correlatos/#_ftn1. Acessado em 03 de julho de 2022.

CHRISPINO, Álvaro. **Introdução os estudos das Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). **Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB 2/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 14 de setembro de 2001. Seção 1E, p. 39-40.

CORRÊA, K. M.; OLIVEIRA, J. D. B. de; TAETS, G. G. de C. C. Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer em meio à Pandemia de Covid-19: uma Reflexão a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. Tema Atual, p. e-1068, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1068. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1068>. Acesso em: 29 jun. 2022.

COUTO FILHO, Antonio Ferreira e SOUZA, Alexandre Pereira. **Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar**. Editora Lúmen Juris. Rio de Janeiro. 2008.

DOMINGUES, Marcos José. **Direitos Fundamentais, federalismo fiscal e emendas constitucionais tributárias**. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/294>. Acessado em: 12 de jun de 2022.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008.

Gawryszewski, ARB., Oliveira, DC & Gomes, AMT. (2012). **Access to SUS: representations and practices of professionals developed in regulation**

centers. *Physis*, 22(1), 119. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>. Acessado em 5 de jun de 2022.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2ª ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa. **Direitos Fundamentais Sociais: releitura de uma Constituição Dirigente.** Curitiba: Juruá, 2006.

IBRAHIM, F. **Curso de Direito Previdenciário.** 15. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Estimativa 2020 - incidência de câncer no Brasil. 2020.** Disponível em: www.inca.gov.br/numeros-de-cancer acesso em 10 de agosto de 2021.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Estimativa 2020 - incidência de câncer na Paraíba e João Pessoa. 2020.** Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/paraiba-joao-pessoa acesso em 10 de agosto de 2021.

ISHIDA, Válder Kenji, **Estatuto da Criança e do Adolescente - Doutrina e Jurisprudência.** 16ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

LASWELL Laswell, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.** Disponível em <https://www.worldcat.org/title/politics-who-gets-what-when-how/oclc/320969502>. Acessado em 5 de junho de 2022.

LEAL, L. F. et al. **Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, out. 2018.

LEITE, Eduardo de oliveira. **A monografia jurídica.** 5 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. P. 22-26.

MACHADO, R. R. **POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM POUCO DA HISTÓRIA** . *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 2012. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/145>. Acesso em: 31 mar. 2022.

MEAD, L. M. "**Public Policy: Vision, Potential, Limits**", In: **Policy Currents** (Boletim da Seção de Políticas Públicas, APSA), vol. 68, nº 3, 02.1995.

MARSHALL, Thomas. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro p.57 São Paulo, 2011.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito da seguridade social**. 32. ed. São Paulo: Atlas, 2012, p. 286.

OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2008)**. Disponível em: http://www.inr.pt/upload/docs/cif/CIF_por_%202004.pdf, Acessado em 01 de julho de 2022.

ONU. **DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO, 1789**. Universidade de São Paulo: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, 2015.

OLIVEIRA, A. L. D. **História da saúde no Brasil: Dos primórdios ao surgimento do Sus. Encontros Teológicos, 2012**. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>. Acesso em: 18 mar. 2022.

PARAÍBA. **Tribunal de Justiça da Paraíba**. Mandado de Segurança n. 0800848 67.2017.8.15.0000. Rel. Desa. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti Maranhão, 1ª Seção Especializada Cível, juntado em 15/05/2020). Disponível em: <https://pjejurisprudencia.tjpb.jus.br/jurisprudencia/view/AXQsOkSbmEaaBlu9nEhT?words=medicamento%20cancer%20estado%20paraiba#sdfootnote3sym>. Acessado em: 12 de jun de 2022.

PARAÍBA. **Tribunal de Justiça da Paraíba**. ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00194467420148150011, Relator, DES JOSE RICARDO PORTO Disponível em: <https://pjejurisprudencia.tjpb.jus.br/jurisprudencia/view/AXQsOkSbmEaaBlu9nEhT?words=medicamento%20cancer%20estado%20paraiba#sdfootnote3sym>. Acessado em: 12 de jun de 2022.

PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. 11 ed. Florianópolis: Conceito Editorial; Millennium Editora, 2008. P. 83.

RENZO, L. D. et al. **Alcoholic Beverage and Meal Choices for the Prevention of Noncommunicable Diseases: A Randomized Nutrigenomic Trial**. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, v. 2018, Article ID 5461436, p. 13, jun. 2018.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 9ª edição, revista, atualizada e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SERVAN-SCHREIBER, David. **Anticâncer: prevenir e vencer usando nossas defesas naturais**. JANOWIZTER, Rejane [trad.]. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. **Direito à Saúde: Evolução Histórica, Atuação Estatal e Aplicação da Teoria de Karl Popper**. Reju-Revista Jurídica da 34 OAPEEC Ensino Superior, v. 3, n. 2, p. 145-165, 2016.

SONOBE, Helena Megumi; BUETTO, Luciana Scatralhe; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais**.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wLdbFCNdbKcbBH6B7bKdTDJ/?format=pdf&lang=pt>, acesso em 10 de agosto de 2021.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.