

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE DIREITO

LÉIA BOCK MAGNUS

**A PROTEÇÃO DO DIREITO À SAÚDE AOS PACIENTES COM NEOPLASIA
MALIGNA À LUZ DA LEI N° 14.238/2021 E DA PORTARIA MS N° 874/2013: UMA
ANÁLISE DA GARANTIA AO ACESSO A UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
(UTIs) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

CRICIÚMA

2025

LÉIA BOCK MAGNUS

**A PROTEÇÃO DO DIREITO À SAÚDE AOS PACIENTES COM NEOPLASIA
MALIGNA À LUZ DA LEI N° 14.238/2021 E DA PORTARIA MS N° 874/2013: UMA
ANÁLISE DA GARANTIA AO ACESSO A UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
(UTIs) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a Me. Mariana Mazuco Carlessi

CRICIÚMA

2025

LÉIA BOCK MAGNUS

**A PROTEÇÃO DO DIREITO À SAÚDE AOS PACIENTES COM NEOPLASIA
MALIGNA À LUZ DA LEI N° 14.238/2021 E DA PORTARIA MS N° 874/2013: UMA
ANÁLISE DA GARANTIA AO ACESSO A UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
(UTIs) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela
Banca Examinadora para obtenção do Grau de
Bacharel, no Curso de Direito da Universidade
do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 25 de junho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Mariana Mazuco Carlessi – Mestre em Direito - (UNESC) - Orientadora

Prof. Maurício da Cunha S. Filó - Doutor em Direito - (UNESC)

Prof.^a Juliana Paganini – Mestre em Direito - (UNESC)

Dedico este trabalho a todos os pacientes oncológicos, cuja luta diária é marcada por coragem, resiliência e esperança. Que suas histórias inspirem mudanças, sensibilizem consciências e fortaleçam o compromisso com uma saúde mais humana, digna e acessível para todos, em especial a minha mãe (*in memoriam*) que tanto lutou para vencer essa doença.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte de toda sabedoria e força, por ter me sustentado em cada etapa desta caminhada. Pela luz nos momentos de dúvida, pelo conforto nas dificuldades e pela serenidade para seguir em frente, mesmo diante dos desafios. Sem Sua presença e cuidado constante, este trabalho não teria sido possível.

Agradeço à minha família, ao meu noivo Matheus, meu eterno agradecimento por todo amor, paciência e apoio incondicional. Obrigada por estar ao meu lado em cada passo desta jornada, por cuidar com tanto carinho do nosso filho nas noites em que precisei me ausentar para estudar, e por me incentivar a nunca desistir, mesmo nos momentos mais difíceis. Este trabalho também é seu, fruto da parceria que construímos com tanto amor e dedicação.

Ao meu filho Antônio, que mesmo ainda sendo tão pequenino me ensina tanto a cada dia e me motiva a dar o meu melhor sempre. Sorridente e amoroso, ficou sempre muito comportado para a mamãe realizar as atividades discentes e mesmo nos momentos em que vinha o sentimento de culpa por não ter lhe dado a atenção devida para finalizar este trabalho, sabia que você estava ali ao meu lado para me dar força para continuar.

Agradeço de uma forma especial, minha mãe Andreza que de uma forma precoce nos deixou após uma incansável batalha contra o câncer, mas sei que estaria orgulhosa da conclusão deste trabalho que foi tão sonhado por nós. Ela sempre me incentivou aos estudos, estava sempre ao meu lado para me motivar e acreditar em mim. Só tenho a agradecer por todo amor, carinho e ensinamento que entregaste nesta vida terrena. Te amarei para sempre, saudades eternas!

Aos amigos e colegas da faculdade, minha sincera gratidão pela companhia ao longo desses 5 anos de caminhada. Compartilhamos desafios, aprendizados, momentos de cansaço e muitas conquistas. Cada conversa, troca de experiências e gesto de apoio foi essencial para tornar essa trajetória mais leve e significativa. Levarei comigo não apenas os conhecimentos adquiridos, mas também as amizades construídas nesse período tão importante da minha vida.

À minha orientadora, expresso minha mais profunda gratidão pela dedicação, paciência e valiosa orientação ao longo deste trabalho. Sua experiência, disponibilidade e olhar crítico foram fundamentais para o desenvolvimento desta

pesquisa. Agradeço por acreditar no meu potencial e por me conduzir com firmeza e generosidade durante todo o processo.

À Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), agradeço pela oportunidade de formação acadêmica e pessoal, pelo acolhimento e por proporcionar um ambiente de aprendizado comprometido com a excelência, a ética e o desenvolvimento humano. A todos os professores, funcionários e à coordenação do curso, minha gratidão pelo empenho e dedicação ao longo dessa jornada.

Agradeço à vida, pelo presente diário da existência, pelas oportunidades de recomeçar e pela força que me permitiu seguir em frente mesmo nos momentos mais difíceis. Com carinho e orgulho, a mim mesma, por não desistir, por acreditar, por ter enfrentado e vencido um câncer no ano de 2017, e por continuar caminhando com coragem. Este trabalho é também símbolo da superação, da fé e da persistência que me trouxeram até aqui.

Que cada conquista, como esta, seja sempre uma lembrança de que é possível florescer, mesmo depois das tempestades.

“Teu dever é lutar pelo Direito, mas se um dia encontrares o Direito em conflito com a Justiça, luta pela Justiça.”

— Couture, Eduardo Juan.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a efetividade do direito à saúde no contexto do atendimento oncológico de alta complexidade no Brasil, com ênfase no acesso a leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) por pacientes com câncer. Diante desse cenário, pergunta-se: até que ponto o Estado brasileiro tem sido capaz de garantir, de forma igualitária e tempestiva, o acesso de pacientes oncológicos a cuidados intensivos, conforme previsto na Constituição Federal? Considerando a saúde como direito fundamental garantido constitucionalmente, a pesquisa investiga os principais entraves estruturais, normativos e jurídicos que dificultam sua plena concretização. A metodologia adotada é qualitativa, com base em pesquisa bibliográfica e documental. Foram analisados dispositivos legais, políticas públicas, decisões judiciais e dados oficiais sobre o sistema de saúde brasileiro, especialmente no contexto da oncologia e das internações em UTI, assuntos que foram abordados em três capítulos. Entre os instrumentos legais analisados, destacam-se a Lei nº 14.238/2021 (Estatuto da Pessoa com Câncer) e a Portaria MS nº 874/2013, os quais estabelecem diretrizes para o cuidado integral e humanizado aos pacientes oncológicos. Contudo, observa-se que tais normas ainda enfrentam dificuldades em sua implementação efetiva, especialmente diante da insuficiência de leitos hospitalares, da desigualdade regional na oferta de serviços e da demora no início dos tratamentos. A judicialização da saúde aparece como resposta à inércia do Estado, sendo o Judiciário constantemente acionado para assegurar o acesso a tratamentos e internações urgentes, mesmo em face de limitações orçamentárias. Apesar de decisões judiciais representarem, em muitos casos, o único caminho viável para a garantia de direitos, o uso recorrente dessa via acentua os desafios da gestão pública e pode provocar desequilíbrios no sistema, principalmente quando decisões individuais interferem na lógica de filas e prioridades estabelecidas pela administração. A análise demonstrou que a efetividade das normas depende não apenas de sua existência formal, mas do engajamento interinstitucional e da adoção de políticas públicas estruturadas e integradas, com investimento adequado, capacitação de profissionais e atenção às especificidades dos pacientes oncológicos. Conclui-se que o enfrentamento do câncer deve ser tratado como prioridade no sistema público de saúde, exigindo medidas que garantam o acesso tempestivo e igualitário ao diagnóstico, tratamento e cuidados intensivos. A superação das falhas atuais demanda uma atuação coordenada entre os Poderes Executivo e Judiciário, bem como a valorização dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da equidade. Este trabalho contribui para a reflexão crítica sobre os limites e possibilidades da efetivação do direito à saúde no Brasil, propondo um olhar mais sensível e comprometido com as demandas da população oncológica.

Palavras-chave: Câncer. Sistema Único de Saúde. UTI. Judicialização. Direito à Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the effectiveness of the right to health in the context of highly complex oncological care in Brazil, with an emphasis on access to Intensive Care Unit (ICU) beds by cancer patients. Given this scenario, the question is: to what extent has the Brazilian State been able to guarantee, in an equal and timely manner, access to intensive care for cancer patients, as provided for in the Federal Constitution? Considering health as a fundamental right guaranteed by the Constitution, the research investigates the main structural, normative and legal obstacles that hinder its full realization. The methodology adopted is qualitative, based on bibliographic and documentary research. Legal provisions, public policies, judicial decisions and official data on the Brazilian health system were analyzed, especially in the context of oncology and ICU admissions, topics that were addressed in three chapters. Among the legal instruments analyzed, the following stand out: Law No. 14,238/2021 (Statute of the Person with Cancer) and Ordinance MS No. 874/2013, which establish guidelines for comprehensive and humanized care for cancer patients. However, it is clear that these rules still face difficulties in their effective implementation, especially in view of the lack of hospital beds, regional inequality in the provision of services and delays in the start of treatments. The judicialization of health appears as a response to the State's inertia, with the Judiciary constantly called upon to ensure access to urgent treatments and hospitalizations, even in the face of budgetary constraints. Although court decisions represent, in many cases, the only viable way to guarantee rights, the repeated use of this route accentuates the challenges of public management and can cause imbalances in the system, especially when individual decisions interfere with the logic of queues and priorities established by the administration. The analysis demonstrated that the effectiveness of the rules depends not only on their formal existence, but on inter-institutional engagement and the adoption of structured and integrated public policies, with adequate investment, training of professionals and attention to the specificities of cancer patients. It is concluded that the fight against cancer should be treated as a priority in the public health system, requiring measures that guarantee timely and equal access to diagnosis, treatment and intensive care. Overcoming current failures requires coordinated action between the Executive and Judicial Branches, as well as the appreciation of the constitutional principles of human dignity and equity. This work contributes to the critical reflection on the limits and possibilities of realizing the right to health in Brazil, proposing a more sensitive and committed view of the demands of the oncological population.

Keywords: Cancer. Unified Health System. ICU. Judicialization. Right to Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
IARC	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	14
2.1 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS E NORMATIVAS GERAIS SOBRE O DIREITO À SAÚDE	14
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O ATENDIMENTO ONCOLÓGICO.	17
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER.....	21
3 O ACESSO ÀS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIs) NO SUS.....	25
3.1. A ESTRUTURA DO SUS E OS DESAFIOS NO ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE	25
3.2. PRIORIZAÇÃO DE LEITOS DE UTI: CRITÉRIOS CLÍNICOS E QUESTÕES ÉTICO-JURÍDICAS.....	29
3.3. DISPARIDADES REGIONAIS E BARREIRAS NO ACESSO À UTI PARA PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA.....	32
4 A EFETIVIDADE DA LEI Nº 14.238/2021 E DA PORTARIA MS Nº 874/2013 NA GARANTIA DE DIREITOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS	36
4.1 ANÁLISE DA LEI Nº 14.238/2021: PRINCÍPIOS, DIREITOS ASSEGURADOS E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	36
4.2 A PORTARIA MS Nº 874/2013 E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS INTENSIVOS.....	39
4.3 A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO DIANTE DA INEFETIVIDADE NORMATIVA: DECISÕES E REPERCUSSÕES.....	43
5 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

A saúde configura-se como um direito social fundamental, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cabendo ao Estado o dever de implementá-la mediante políticas públicas que garantam a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Em um país marcado por desigualdades regionais e estruturais, a efetividade desse direito enfrenta entraves importantes, sobretudo quando se trata de cuidados de alta complexidade, como o acesso a leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) por pacientes oncológicos.

No Brasil, o câncer representa uma das principais causas de mortalidade, exigindo do sistema público de saúde respostas rápidas, eficientes e integradas. A complexidade do tratamento oncológico, que envolve desde diagnóstico precoce até terapias intensivas, exige não apenas recursos financeiros e estrutura física, mas também políticas públicas articuladas, capazes de oferecer um atendimento digno e humanizado. No entanto, a realidade vivenciada por muitos pacientes revela um cenário de omissão estatal, ineficácia normativa e falhas graves na gestão da saúde pública.

Diante do aumento expressivo nos casos de câncer e da complexidade inerente ao seu tratamento, o presente trabalho buscará investigar em que medida o Estado brasileiro tem cumprido sua função constitucional ao garantir o atendimento integral aos pacientes com neoplasias malignas, especialmente no que tange à disponibilização tempestiva de UTIs. A insuficiência de infraestrutura hospitalar, a desorganização na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a escassez de recursos humanos e financeiros são obstáculos que colocam em xeque a real aplicação dos direitos previstos em lei.

A judicialização da saúde, fenômeno cada vez mais frequente no cenário brasileiro, evidenciará não apenas a falência parcial das políticas públicas em responder à demanda populacional, mas também a tensão existente entre a reserva do possível e a máxima efetividade dos direitos sociais. Nesse contexto, as garantias previstas na Lei nº 14.238/2021 e na Portaria MS nº 874/2013, estão sendo suficientes para assegurar o acesso às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) aos pacientes com neoplasia maligna no Sistema Único de Saúde (SUS)?

O objetivo geral deste estudo será analisar a efetividade normativa e prática das garantias legais destinadas aos pacientes oncológicos no Brasil, com ênfase no

acesso à UTI. Como objetivos específicos, o trabalho buscará examinar os marcos jurídicos aplicáveis, identificar os principais entraves estruturais do SUS no atendimento a essa população e avaliar a atuação do Poder Judiciário como instrumento de realização dos direitos fundamentais à saúde e à vida.

No capítulo primeiro, será apresentada uma abordagem teórica e jurídica sobre o direito à saúde como direito fundamental, explorando os princípios constitucionais, o papel do Estado e os limites impostos pela reserva do possível. Já no capítulo segundo, será analisada a organização do SUS no que se refere ao atendimento hospitalar intensivo, com destaque para os problemas enfrentados pelos pacientes oncológicos na busca por leitos de UTI. E, por fim, no capítulo terceiro, será examinado o Estatuto da Pessoa com Câncer (Lei nº 14.238/2021), a Portaria MS nº 874/2013, e a atuação do Poder Judiciário frente à inefetividade das políticas públicas, com base em jurisprudências relevantes de diferentes Tribunais de Justiça e Cortes superiores, abrangendo distintas regiões do país, a fim de garantir uma visão ampla e representativa do Judiciário na garantia do direito à saúde dos pacientes oncológicos.

A relevância deste estudo residirá na necessidade de evidenciar os desafios e contradições da saúde pública brasileira frente a demandas oncológicas urgentes, propondo uma reflexão crítica sobre a distância entre o texto normativo e sua aplicação real. A demora no início do tratamento ou a negação de acesso a cuidados intensivos pode significar, na prática, a violação ao direito à vida, princípio fundamental previsto no artigo 5º da Constituição Federal. Portanto, investigar os mecanismos legais de proteção ao paciente oncológico, bem como suas falhas, é não apenas necessário, mas um imperativo ético e jurídico.

Além dos aspectos legais e estruturais, é indispensável destacar a importância da humanização no atendimento ao paciente oncológico, especialmente nos momentos mais críticos de sua jornada, como a internação em UTIs. A dignidade da pessoa humana, princípio basilar do Estado Democrático de Direito, não pode ser negligenciada em contextos de vulnerabilidade extrema. O paciente com câncer, muitas vezes fragilizado física, emocional e socialmente, necessita mais do que tecnologia e medicamentos: requer escuta ativa, acolhimento, empatia e respeito em todas as fases do tratamento. A análise proposta neste trabalho busca também reforçar a urgência de práticas que coloquem o ser humano no centro das decisões médicas, administrativas e judiciais, promovendo um cuidado verdadeiramente integral.

Com isso, este trabalho também se justifica por sua dimensão social e

humanitária ao abordar o sofrimento de pacientes oncológicos que dependem do sistema público de saúde, busca-se dar visibilidade a uma realidade que, muitas vezes, é silenciada. É necessário, portanto, reconhecer a saúde como um valor coletivo, cuja proteção exige compromisso institucional, solidariedade social e sensibilidade humana.

2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A ideia de que a saúde é um direito universal é amplamente aceita nos dias de hoje, mas nem sempre foi assim. Para compreender a saúde como um direito, é essencial primeiro definir o próprio conceito de direito. Esse termo possui múltiplas interpretações, tornando difícil estabelecer uma definição única e precisa. O direito pode assumir diferentes formas e se manifestar em diversas áreas, como direito natural, canônico, positivo, público, privado, administrativo, penal, civil, tributário e processual, entre outros.

De acordo com o professor Junior (2014, p. 436), a função do direito é:

Sucedee, porém, que a função principal do direito, segundo Ehrlich, não é a de solucionar conflitos, e sim a de instituir a ordem pacífica na sociedade e de servir de fundamento para a organização desta. O direito, na sua maior parte, não deve ser procurado nem na lei, nem na jurisprudência, nem na doutrina, mas na própria sociedade.

Neste critério, é relevante relembrar também as palavras de Kelsen (2021, p. 33), que entende que o direito se constitui primordialmente como um sistema de normas coativas permeado por uma lógica interna de validade que legitima, a partir de uma norma fundamental, todas as outras normas que lhe integram.

Dessa forma, o escopo deste capítulo é estudar o direito à saúde e suas garantias legais, assim como, políticas públicas e programas sociais que podem proporcionar mais qualidade de vida aos pacientes com câncer.

2.1 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS E NORMATIVAS GERAIS SOBRE O DIREITO À SAÚDE.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) reconhece o direito à saúde, especialmente em seu artigo 6º, como um dos pilares do conjunto de direitos sociais garantidos a todos os cidadãos. Esses direitos visam assegurar condições mínimas de dignidade e bem-estar e incluem, além da saúde, o acesso à educação, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, bem como assistência aos indivíduos em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, o direito à saúde não se apresenta de forma isolada, mas interligado a outros direitos fundamentais indispensáveis para a promoção da

justiça social e da cidadania plena (Brasil, 1988).

É inegável que a Constituição Federal, ao reconhecer a saúde como um direito social fundamental, também impõe ao Estado o dever de implementar políticas públicas e serviços essenciais voltados à prevenção de doenças. Além disso, cabe ao poder público assegurar à população o acesso pleno, igualitário e contínuo a medidas que promovam, protejam e restaurem a saúde (Ciarlini, 2013, p. 29).

A partir de uma abordagem ampla sobre o direito à saúde no contexto constitucional, iremos elucidar alguns Princípios Jurídicos relacionados ao acesso a esse direito. No que diz respeito ao conceito de princípio podemos afirmar que não se refere a algo que ocupa a posição inicial, mas sim àquilo que é posicionado nesse lugar, sendo considerado digno de ocupar essa posição, merecendo estar em primeiro lugar. Essa diferença é relevante, pois, como se observa, o termo traz consigo uma conotação de valor (Cunha, 2012, p. 8).

A essência e a estrutura de todo o Estado brasileiro têm origem nos princípios, pois, além de orientarem as relações jurídicas, também organizam todo o sistema jurídico para seu funcionamento eficiente em benefício da sociedade, que é a verdadeira razão de ser e objetivo do sistema: o bem-estar coletivo (Cunha, 2012, p. 95).

Um dos principais princípios que tange o direito à saúde é o Princípio da Igualdade. A igualdade é reconhecida tanto como um direito fundamental quanto como um valor essencial que atravessa diferentes áreas do sistema jurídico. Com base na dignidade da pessoa humana, compreende-se que todos os indivíduos possuem o mesmo valor e, por isso, devem ser tratados com respeito e consideração igualitária. Esse princípio rejeita qualquer forma de hierarquia entre as pessoas e condena desigualdades sem justificativa, ao mesmo tempo em que exige ações para corrigir desequilíbrios sociais, econômicos e históricos, respeitando as diversidades. No campo do direito à saúde, isso significa garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, priorizando populações vulneráveis e promovendo políticas públicas que assegurem justiça social e bem-estar coletivo. As divergências quanto à centralidade da igualdade nas políticas públicas e ao papel do Estado em sua efetivação refletem disputas ideológicas que marcaram a história recente (Barroso, 2024, p. 500).

De acordo com o artigo 5º da Constituição Federal de 1988 (CF/88), fica estabelecido que todos os cidadãos, sejam homens ou mulheres, devem ser tratados

da mesma forma conforme a legislação, vejamos:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, (...) (Brasil, 1988).

Outro princípio que devemos mencionar é o Princípio da Proporcionalidade. Este princípio permite ao Poder Judiciário invalidar atos administrativos ou legislativos quando houver descompasso entre os meios utilizados e os objetivos pretendidos, quando existirem alternativas menos onerosas aos direitos fundamentais, como no caso da vedação ao excesso; ou ainda quando os efeitos negativos da medida superarem significativamente os benefícios esperados, o que caracteriza a desproporcionalidade em sentido estrito. No contexto da saúde pública, esse princípio atua como um limite ao poder estatal, impedindo a adoção de políticas sanitárias ou restrições administrativas que imponham sacrifícios desnecessários ou desproporcionais aos cidadãos (Barroso, 2024, p. 205).

Assim, por exemplo, a distribuição de recursos, o acesso a tratamentos ou a implementação de medidas emergenciais devem sempre observar critérios de proporcionalidade, de modo a equilibrar o interesse coletivo com os direitos individuais. O Judiciário, ao exercer esse controle, deve respeitar a margem de decisão da administração pública, sem substituir escolhas legítimas por preferências pessoais, mas intervindo quando houver clara afronta aos preceitos constitucionais. Ademais, a proporcionalidade também opera como ferramenta de ponderação em situações em que o direito à saúde entra em tensão com outros direitos fundamentais, exigindo uma solução equilibrada e justa (Barroso, 2024, p. 205).

E não menos importante, o Princípio da Reserva do Possível é uma normativa fundamental nas discussões sobre o direito à saúde. No Brasil, os doutrinadores nacionais adotaram uma postura mais rigorosa e restritiva em relação ao conceito de direitos sociais do que seus colegas alemães, especialmente no que tange à característica do conceito: a disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos. Essa característica implica que, para a implementação dos direitos sociais, como o direito à saúde, deve-se respeitar a disponibilidade orçamentária, ou seja, o cumprimento desses direitos depende da previsão de recursos no orçamento público, priorizando-se a alocação financeira (Cunha, 2013, p. 15).

Esse princípio limita a extensão dos direitos sociais aos cidadãos conforme a

viabilidade financeira do Estado, o que, em última análise, acaba restringindo a efetividade desses direitos e resultando em um retrocesso na sua garantia plena, como se observa em situações em que o Estado não consegue oferecer os serviços de saúde de forma universal e igualitária (Cunha, 2013, p. 18).

Além dos princípios constitucionais, o direito à saúde é assegurado também por meio de um conjunto de normativas que regulam a organização e o funcionamento do sistema de saúde, garantindo o acesso universal, equitativo e integral aos serviços de saúde (Brasil, 1998).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), por exemplo, estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo que o Estado tenha um papel ativo na formulação de políticas públicas para a área, como refere-se em seu art. 2º, § 1º:

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

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Já a Lei nº 8.142/1990 assegura a participação da sociedade na gestão do SUS, permitindo um controle social mais efetivo e democrático. Além das normas gerais que regulamentam a saúde pública, outras legislações complementares garantem direitos específicos para determinados grupos populacionais, como a Lei nº 14.238/2021 que instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer e a Portaria MS nº 874/2013 que regulamenta a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que iremos abordar ao longo deste trabalho.

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O ATENDIMENTO ONCOLÓGICO.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo público de atendimento à saúde no Brasil, criado com o objetivo de garantir o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde para toda a população. Instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), o SUS representa um marco na consolidação do direito à saúde como um dever do Estado e um direito fundamental de todos os cidadãos, independentemente de classe social ou condição financeira (Brasil, 1990).

O SUS foi idealizado pelo movimento da reforma sanitária e incorporado à Constituição como um modelo público inspirado no sistema beveridgeano, semelhante a experiências universais adotadas em alguns países europeus. No entanto, com o passar do tempo, o princípio da universalidade, que deveria nortear sua atuação, foi sendo progressivamente substituído por uma lógica de segmentação. Assim, a proposta original de garantir acesso igualitário à saúde para todos acabou se distanciando da prática, dando lugar a um sistema fragmentado, que contraria os ideais que motivaram sua criação (Mendes, 2019, p. 134).

Diversos fatores contribuíram para a fragmentação do sistema de saúde no Brasil, sendo o financiamento o mais determinante. Embora a Constituição (CF/88) tenha estabelecido um modelo público de acesso universal inspirado no sistema beveridgeano, não houve a devida sustentação financeira para viabilizar plenamente esse direito, conforme previsto como dever do Estado. Diante dessa limitação, o SUS passou a funcionar como uma parte do sistema, coexistindo com dois outros setores privados: o das operadoras de planos de saúde e o dos pagamentos diretos, utilizados de forma pontual pela população (Mendes, 2019, p. 134).

Dessa forma, a universalidade do SUS se concretiza apenas em áreas específicas, como vigilância em saúde, política de doação de sangue, imunizações e transplantes. Esse cenário de fragmentação gera disfunções importantes, como a falta de articulação entre os setores público e privado, desperdício de recursos, desigualdades no acesso aos serviços e subsídios que favorecem de forma desproporcional determinados grupos, comprometendo a equidade e a eficiência do sistema como um todo (Mendes, 2019, p. 135).

Retraçar a trajetória histórica do SUS é essencial para recuperar os princípios que orientaram a Reforma Sanitária, especialmente a concepção de saúde como um direito fundamental de toda a população e uma obrigação legal do Estado. Hoje, o sistema ainda representa a principal via de acesso aos cuidados de saúde para a maioria dos brasileiros, já que apenas uma parcela menor dispõe de cobertura por planos de saúde privados (Pavão, 2016).

Atualmente, um dos principais desafios consiste em preservar os fundamentos que estruturam o SUS, ao mesmo tempo em que se busca aprimorar seu

funcionamento. Esse sistema envolve uma rede complexa formada por unidades de atendimento, profissionais da saúde, usuários e não usuários, recursos materiais, informações, financiamentos e mecanismos de controle social. Desmantelar o SUS significaria romper a integração entre esses componentes e promover a dispersão de ações que deveriam ser coordenadas de forma unificada (Pavão, 2016).

Nos sistemas públicos de saúde com cobertura universal, uma fragilidade recorrente está relacionada ao tempo prolongado de espera para a realização de procedimentos cuja demanda supera a capacidade de atendimento disponível. Para enfrentar essa questão, são necessárias ações tanto no campo da oferta quanto no da demanda. No que se refere à oferta, é essencial aumentar a eficiência dos serviços prestados. As filas de espera representam o conjunto de pessoas que aguardam atendimento em determinado momento e funcionam como uma ferramenta de gestão clínica, voltada à organização do acesso em situações em que há descompasso entre a procura por serviços e os recursos disponíveis (Mendes, 2019, p. 825).

Neste cenário, em relação ao atendimento oncológico, assunto pelo qual integra o tema deste trabalho, a situação se agrava devido à elevada demanda por diagnóstico precoce, terapias especializadas, leitos especializados e acompanhamento contínuo, muitas vezes superiores à capacidade de resposta da rede pública. Para tal limitação do sistema de saúde há em vigência a Lei nº 12.732/12 que possui apenas cinco artigos. De acordo com esta legislação, todo paciente diagnosticado com câncer tem o direito de receber, sem custos, todos os tratamentos necessários por meio do SUS. Além disso, o texto legal determina que os protocolos terapêuticos, tanto clínicos quanto cirúrgicos, devem ser periodicamente revisados, atualizados e republicados, sempre que houver avanços científicos ou surgirem novas alternativas de tratamento com eficácia comprovada (Gomes, 2013, p. 1).

O artigo 2º da referida norma ganhou relevância por introduzir um elemento inédito na legislação sanitária: a definição de um prazo máximo de 60 dias para que pacientes com diagnóstico confirmado de câncer iniciem o tratamento no âmbito do SUS. Esse período começa a ser contado a partir da data de emissão do laudo patológico que comprova a presença da neoplasia maligna (Gomes, 2013, p. 3).

Considerando o exposto, é possível observar uma limitação na Lei nº

12.732/12, pois ela estabelece um prazo específico apenas para o início do tratamento, mas não define prazos para os procedimentos subsequentes. As “filas de espera” no SUS costumam ser expressivas, e em muitos casos, o tempo de espera para determinados tratamentos e terapias ultrapassa o limite de 60 dias estabelecido para o primeiro atendimento (Oliveira, 2018, p. 103).

O dispositivo legal possui grande valor, considerando que o tratamento do câncer exige diagnóstico precoce e início rápido das intervenções para aumentar as chances de cura. Embora sua legalidade possa ser debatida, já que o direito à saúde é garantido tanto pela Constituição Federal quanto pela Lei Orgânica da Saúde, sua pertinência torna-se clara diante do cenário atual do SUS. Problemas estruturais, como a má gestão e a limitação de recursos financeiros, têm dificultado o início oportuno do tratamento oncológico. Além disso, a falta de transparência na divulgação dos dados relacionados ao tempo de espera compromete a fiscalização e o controle social (Gomes, 2013, p. 3).

No entanto, a eficácia da referida Lei está diretamente ligada ao diagnóstico precoce da doença. Entretanto, é frequente que pacientes com câncer procurem os serviços de saúde já com a enfermidade em estágios avançados. De acordo com estudos realizados pelo Ministério da Saúde (MS), cerca de 45% dos pacientes com neoplasia maligna recebem atendimento no SUS apenas quando a doença já está em estágios mais críticos, como nos níveis três e quatro (Gomes, 2013, p. 6).

As causas dessa situação incluem a priorização do tratamento em vez da prevenção, falta de informação sobre os serviços de saúde, condições de trabalho que dificultam o acesso aos cuidados médicos, o medo do diagnóstico e a falta de sintomas iniciais em muitos cânceres. Além disso, a burocracia e as longas filas de espera no SUS desencorajam os pacientes, reduzindo o tempo disponível para tratamento e aumentando os casos em que os pacientes já são encaminhados para cuidados paliativos, sem possibilidade de cura (Oliveira, 2018, p. 104).

A partir deste contexto, a Portaria MS nº 876, de 16 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei nº 12.732 de 2012, estabelece que o prazo de 60 dias, previsto no artigo 2º da referida Lei para o início do tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico do paciente no SUS, será contado a partir do registro

do diagnóstico no prontuário médico (art. 3º). No entanto, essa regulamentação diverge da Lei original, que determina explicitamente que o prazo seja contado a partir da data em que o diagnóstico é formalizado por meio de laudo patológico. Tal interpretação pode resultar em um prolongamento artificial do prazo legal para o início do tratamento. Além disso, a Portaria exclui algumas neoplasias do prazo de 60 dias, o que não é previsto pela Lei, contrariando a hierarquia das normas (Gomes, 2013, p. 6).

O câncer, que integra o grupo das doenças crônicas e degenerativas, tem ganhado crescente relevância nas políticas de saúde do Brasil, refletindo seu impacto tanto na mortalidade quanto na morbidade. Esse aumento de atenção ocorre em um cenário de transição epidemiológica, que envolve o crescimento das doenças crônicas e degenerativas, e de transição demográfica, com o envelhecimento da população. Ademais, a Lei nº 12.732, de 2012, atualmente em vigor, complementa as normas já existentes, proporcionando uma base legal para que eventuais descumprimentos sejam tratados judicialmente. Dada a gravidade que a demora no tratamento do câncer representa, não apenas como um problema de acesso, mas também como uma questão de profunda injustiça social, essa legislação não deve ser vista como um simples meio de judicializar a saúde pública. Ela surge, na verdade, como uma tentativa de corrigir violações graves ao direito constitucional à saúde (Gomes, 2013, p. 7).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER.

Nas primeiras décadas do século XX, os médicos brasileiros passaram a reconhecer de maneira significativa a relevância do câncer, o que resultou no surgimento das primeiras iniciativas para incluir essa questão na agenda nacional de saúde pública. Esse reconhecimento da importância da doença foi mais influenciado pelo envolvimento de um grupo de profissionais com debates internacionais sobre o tema do que pela análise dos dados epidemiológicos. Esse movimento se consolidou principalmente por meio de discussões nas academias e publicações especializadas (Teixeira, 2012, p. 2).

Embora o interesse pela pauta do câncer havia aumentado, as políticas de controle da doença da época ainda estavam longe de atender às demandas do país,

tanto no que diz respeito à prevenção quanto ao tratamento. No que se refere à prevenção, a partir do final da década de 1940, foram iniciadas campanhas educativas nas cidades do Rio de Janeiro (então capital federal) e São Paulo. Embora essas iniciativas fossem inovadoras e despertassem grande interesse entre a população, elas tinham um alcance limitado, deixando grande parte do território nacional sem acesso às informações sobre a doença (Teixeira, 2012, p. 3).

Contextualizando para a atualidade, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde e da *International Union Against Cancer*, a criação e disseminação de campanhas de conscientização são elementos centrais na política de controle do câncer, que é coordenada e parcialmente executada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), vinculado ao Ministério da Saúde. Essas iniciativas têm como base a visão médica de que o combate ao câncer depende de dois aspectos principais: a promoção de hábitos considerados saudáveis pela medicina, que se acredita reduzir significativamente a incidência da doença, e o diagnóstico precoce, que parte da ideia de que identificar o câncer logo no início aumenta consideravelmente as chances de sucesso no tratamento (Costa, 2010).

Em 2013, a Portaria MS nº 874, do Ministério da Saúde, estabeleceu a Política Nacional voltada à prevenção e ao controle do câncer dentro da rede de assistência à saúde de indivíduos com doenças crônicas no contexto do SUS. Essa política pública tem como propósito principal minimizar os índices de mortalidade e as limitações causadas pelos diversos tipos de câncer, além de buscar a diminuição da incidência da doença na população (Brasil, 2013).

Conforme o disposto na mencionada portaria, as iniciativas devem viabilizar um cuidado estruturado e ininterrupto à população, contando com a cooperação e suporte dos mecanismos logísticos estabelecidos em parceria entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal. A estratégia nacional para a prevenção e combate ao câncer é orientada por princípios fundamentais, entre os quais se destacam:

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

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

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

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

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

e

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

Com a implementação dessa política social, o Brasil avançou na efetivação do direito à saúde no contexto do câncer. A partir desse marco, diversos direitos passaram a ser formalmente reconhecidos e garantidos aos pacientes oncológicos, como a possibilidade de saque do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), prevista na Lei nº 8.922/1994; o direito ao auxílio-doença e à aposentadoria por invalidez, estabelecido pela Lei nº 8.213/1991; a prioridade na tramitação de processos e no atendimento pela Defensoria Pública, conforme a Lei nº 13.105/2015; a isenção do Imposto de Renda, assegurada pela Lei nº 7.713/1988; o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei nº 8.742/1993; o direito à cirurgia de reconstrução mamária, conforme a Lei nº 9.797/1999; a prioridade no recebimento de precatórios, estabelecida no artigo 100, §2º, da Constituição Federal de 1988; e a determinação de início do tratamento em até 60 dias, conforme dispõe a Lei nº 12.732/2012, entre outros direitos fundamentais.

A aplicação eficaz de estratégias de prevenção ao câncer em diversos níveis precisa integrar o controle do câncer e a prevenção de outras doenças crônicas, considerando as inter-relações entre fatores de risco e de proteção. Isso implica que o processo de prevenção deve levar em conta as diferentes condições e agentes de risco para o câncer, que variam conforme a região, tornando essencial que, no planejamento das ações preventivas, seja feita uma análise detalhada da realidade local (Antunes, Pericardis, Gomes, 2015, p. 3).

É necessário que os sistemas de informação avancem, conectando os registros de câncer com outros sistemas do SUS, de modo a assegurar o acompanhamento, a regulação e a avaliação das condições de saúde dos pacientes e os resultados obtidos. A vigilância do câncer precisa ser fortalecida e aprimorada, com um aumento na cobertura, na qualidade e na disseminação das informações tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade, possibilitando o monitoramento das

diferentes condições de risco associadas ao desenvolvimento do câncer (Antunes, Pericardis, Gomes, 2015, p. 5).

3 O ACESSO ÀS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) NO SUS

É notório a carência de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), assim reconhece-se esse déficit como um dos principais gargalos enfrentados pelo SUS. Essa limitação também afeta a saúde suplementar, revelando um problema estrutural que se manifesta de forma ampla em todo o território brasileiro. O resultado é uma barreira significativa ao acesso a cuidados intensivos, comprometendo principalmente os segmentos mais vulneráveis da população (Medeiros, 2018, p. 229).

Embora a escassez de leitos de UTI já seja um problema evidente que mobiliza profissionais da saúde, gestores, pesquisadores e usuários do sistema, o que chama atenção é que, mesmo diante desse cenário, observa-se a redução contínua e até o encerramento de unidades, agravando ainda mais a escassez e ampliando a chamada demanda reprimida. Esse contexto tem levado à ocorrência de mortes que poderiam ser evitadas, além de impulsionar a judicialização de casos relacionados ao acesso. O Judiciário, em muitos casos, não está devidamente capacitado para lidar com as especificidades da judicialização na saúde, muitas vezes considerando apenas direitos individuais e deixando de lado uma visão mais ampla das políticas públicas (Medeiros, 2018, p. 230).

3.1. A ESTRUTURA DO SUS E OS DESAFIOS NO ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE

A avaliação da rede de atendimento do SUS deve levar em conta a correspondência entre as necessidades da população e a capacidade real de oferta dos serviços de saúde, especialmente em um cenário onde os mecanismos de mercado se mostram ineficazes. Dessa forma, para garantir o acesso igualitário da população aos diversos níveis de cuidado, conforme a gravidade e especificidade de cada caso, é essencial desenvolver uma rede assistencial ampla, eficiente e com alta capacidade de resposta. Essa rede deve estar preparada para atender à demanda com qualidade e agilidade, além de se manter atualizada com os avanços tecnológicos em diagnósticos e terapias. Além disso, devido à diversidade dos entes envolvidos na prestação de serviços ao SUS, incluindo instituições públicas e privadas, surgem desafios relevantes para mensurar com precisão os custos das ações de saúde ofertadas (Filho, Sarti, 2012, p. 2984).

O SUS garante aos brasileiros uma ampla gama de serviços, que vão desde consultas básicas até procedimentos médicos de alta complexidade. Além disso, o sistema fornece medicamentos e vagas para internação aos que necessitam, promove campanhas de vacinação e ações preventivas, realiza exames laboratoriais e é responsável pela vigilância sanitária no país. Desde sua implementação, o SUS assegura o direito à saúde integral desde o período gestacional até a velhice. Outro aspecto essencial é seu papel na redução das desigualdades sociais, pois seus serviços são oferecidos de forma igualitária, sem distinções econômicas ou regionais (Lapietra, 2023, p. 13).

Apesar de representar uma importante conquista e o resultado de um extenso processo de formulação das políticas públicas de saúde no Brasil, o SUS tem enfrentado dificuldades desde o seu início. Entre os obstáculos estão falhas na administração, a dependência de decisões políticas, a ausência de mecanismos legais que assegurem sua continuidade e, sobretudo, a escassez de recursos financeiros. Esses entraves levaram, ao longo do tempo, à criação de diversas propostas com o intuito de garantir um financiamento estável e suficiente para o sistema. Atualmente, o tema ainda é foco de debates significativos que buscam encontrar soluções para os desafios que permanecem (Lapietra, 2023, p.13).

O modelo organizacional do SUS adota uma lógica descentralizada e aberta à participação popular, dividindo as responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal. Essa configuração favorece o atendimento mais adequado às demandas específicas de cada localidade e promove o envolvimento direto da sociedade civil na supervisão do sistema, por meio de instâncias como os conselhos de saúde e conferências. A proposta participativa do SUS reforça seu caráter democrático, garantindo que os cidadãos contribuam ativamente tanto na construção das políticas públicas quanto na avaliação dos serviços oferecidos, destacando-se como um exemplo inovador na administração da saúde pública brasileira (Oliveira, 2021, p. 361).

O financiamento do SUS representa um dos obstáculos mais persistentes desde sua origem. A escassez contínua de recursos, intensificada por crises econômicas e limitações impostas pelo orçamento público, tem comprometido a capacidade do sistema em oferecer serviços com qualidade e ampliar seu alcance. Muitas vezes, isso leva o SUS a operar no limite de suas condições, especialmente

em regiões com grande demanda e pouca estrutura. A aprovação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016, que impôs um teto aos gastos públicos, agravou ainda mais esse cenário, ao reduzir os investimentos em saúde e colocar em risco a manutenção e o bom funcionamento do sistema de forma duradoura (Oliveira, 2021, p. 363).

No SUS os serviços de alta complexidade envolvem procedimentos que exigem tecnologia avançada e têm custos elevados, sendo voltados para atender a população com cuidados especializados. A organização desse tipo de atendimento é definida por portarias específicas, que estabelecem normas e requisitos para o credenciamento de hospitais e outras unidades de saúde habilitadas a oferecer esses serviços (Belmon *et al.*, 2024, p. 14).

Apesar de sua importância, os serviços de saúde de alta complexidade enfrentam inúmeras dificuldades. O elevado custo desses atendimentos dificulta o acesso de grande parte da população, ampliando ainda mais as desigualdades sociais e econômicas. Além disso, há riscos frequentes de infecções hospitalares e uma carga excessiva sobre os profissionais e as instituições de saúde. Para superar essas barreiras, é fundamental adotar estratégias que promovam o acesso justo, reforcem as ações preventivas e valorizem os trabalhadores da saúde. Somente com ações integradas e bem planejadas será possível assegurar que todos tenham acesso a cuidados especializados com qualidade (Belmon *et al.*, 2024, p. 16).

Os atendimentos considerados de alta complexidade envolvem procedimentos e tratamentos que exigem tecnologia de ponta, profissionais altamente qualificados de diversas áreas e instalações específicas para sua realização. Esse campo inclui uma ampla gama de cuidados, como o tratamento de pacientes com doenças renais crônicas e câncer, cirurgias complexas, como as cardíacas, neurológicas, de trauma e transplantes, além de terapias intensivas, cuidados prolongados, exames de precisão e o uso de medicamentos com alto valor (Belmon *et al.*, 2024, p. 17).

O modelo de cuidado adotado pelo SUS, assim como ocorre em muitos sistemas universais, foi originalmente estruturado para lidar com problemas de saúde de natureza aguda. No entanto, essa abordagem se mostra inadequada diante do

atual cenário epidemiológico do país, onde as doenças crônicas têm ganhado maior relevância (Conass, 2006, p. 115).

Há, portanto, um descompasso significativo entre as necessidades reais da população e a forma como o sistema tem sido organizado para atendê-las. Superar esse impasse exige uma reformulação profunda do modelo assistencial utilizado, de modo a torná-lo mais compatível com os desafios atuais da saúde pública no Brasil (Conass, 2006, p. 122).

Contudo, mesmo diante de inúmeros desafios, os cuidados de alta complexidade na saúde brasileira ainda representam uma oportunidade valiosa de melhorar a qualidade de vida da população. Esses serviços, ao utilizar tecnologias avançadas, contribuem significativamente para a redução de complicações graves e mortes evitáveis. Através da central de regulação, é possível direcionar pacientes para tratamentos e cirurgias complexas que, sem essa mediação, estariam fora de seu alcance, ampliando a chance de um atendimento mais justo e eficiente (Belmon *et al.*, 2024, p. 18).

Os procedimentos classificados como de alta complexidade estão listados principalmente no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, embora alguns também estejam registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais. Apesar de representarem uma parcela menor nesse último, esses procedimentos têm custos muito elevados. Exemplos disso são os tratamentos como diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia, que demandam grande investimento financeiro do sistema de saúde (Belmon *et al.*, 2024, p. 18).

A saúde, nesse cenário, torna-se espaço de conflitos e disputas. Como direito social, ela está diretamente relacionada às necessidades coletivas e carrega um valor intrínseco de uso. No entanto, também assume contornos de mercadoria dentro da lógica econômica vigente. A sociedade contemporânea, marcada por influências neoliberais, tende a reduzir os sujeitos a consumidores de serviços, inclusive os de saúde. Tal perspectiva mercantilizada desafia constantemente os princípios fundamentais do SUS, que se veem pressionados por forças de mercado que transformam o cuidado em um bem disponível segundo a lógica do consumo (Martins, 2010, p. 14).

3.2. PRIORIZAÇÃO DE LEITOS DE UTI: CRITÉRIOS CLÍNICOS E QUESTÕES ÉTICO-JURÍDICAS

A escassez de leitos de UTI afeta amplamente o acesso da população a esse tipo de serviço, que é essencial em casos graves. Seja em unidades voltadas para adultos, crianças ou recém-nascidos, a oferta limitada dessas internações dificulta o atendimento, tanto no sistema público quanto no setor privado, tornando os cuidados intensivos de alta complexidade inacessíveis para muitos pacientes (Medeiros, 2018, p. 231).

No sistema de saúde brasileiro, as UTIs são regidas pela Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, que define as diretrizes para sua organização e funcionamento. Essa regulamentação estabelece critérios específicos para a classificação dessas unidades. Conforme o item 1.2 das diretrizes gerais desse documento, as UTI devem seguir normas específicas relacionadas à sua estrutura e operação, vejamos:

1.2. São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica” (Brasil, 1998).

Pode-se dizer que, independentemente do tipo de UTI e do sistema ao qual pertencem, seja SUS, na saúde complementar e suplementar, existe uma demanda reprimida por leitos, o que exige análises e reflexões mais profundas. No dia a dia do SUS, tornam-se cada vez mais evidentes as dificuldades enfrentadas tanto pelo sistema público em sua relação com a rede privada contratada, quanto pelo sistema suplementar, vinculado aos planos de saúde. De modo geral, há obstáculos na oferta de serviços de saúde, desde o acesso à urgência e emergência, atendimento ambulatorial e clínico, até a situação mais crítica relacionada à escassez de leitos de UTI (Medeiros, 2018, p. 231).

A disponibilidade de leitos para regulação é influenciada por diversos fatores, como a necessidade de manutenção dos equipamentos hospitalares, a escassez de profissionais da saúde, deficiências nas estruturas físicas e outros elementos que tornam os leitos temporariamente inutilizáveis. Com isso, a oferta de leitos apresenta variações ao longo do tempo. A definição de prioridades para a ocupação dos leitos

críticos é realizada por médicos das Centrais de Regulação, com base nos critérios determinados no art. 6º da Resolução CFM nº 2.156/2016:

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista (Conselho Federal de Medicina, 2016, p. 3).

Assim, a classificação dos pacientes em cada categoria de prioridade ocorre conforme a ordem em que as solicitações são registradas no Sistema de Regulação (Bezerra, 2023, p. 18).

Um aspecto fundamental a considerar é que as unidades de terapia intensiva, por serem serviços altamente especializados voltados ao atendimento de pacientes em estado crítico no nível terciário do sistema de saúde, envolvem o uso de tecnologias de alto custo como anteriormente mencionado. Isso as torna uma questão específica dentro do contexto mais amplo dos desafios da saúde pública no país, onde ainda persistem deficiências estruturais básicas que comprometem o acesso da maioria da população a condições essenciais de vida e saúde (Corrêa, 1998, p. 299).

Neste contexto, é possível identificar a presença da discussão sobre o direito à saúde, tema que também é abordado pela bioética sob a perspectiva do princípio da justiça. Esse princípio busca assegurar uma distribuição equitativa, justa e acessível dos serviços e benefícios relacionados à saúde para toda a população. Além disso, a bioética se destaca por reconhecer o ser humano como agente ativo, e não apenas como um objeto de estudo ou intervenção. Um de seus pilares é o princípio da autonomia, que diz respeito à capacidade do indivíduo de exercer sua

racionalidade para tomar decisões próprias, governar suas escolhas, refletir e avaliar suas ações de forma consciente (Corrêa, 2018, p. 298).

No Brasil, observa-se que muitos usuários do sistema de saúde raramente exercem plenamente sua autonomia. A dinâmica ainda é marcada por uma relação assimétrica, onde o profissional da saúde, detentor do conhecimento técnico e científico, determina condutas, tratamentos e orientações, enquanto o paciente, muitas vezes, assume uma postura passiva, aceitando sem questionamentos. Essa prática reforça uma cultura profissional que valoriza o comportamento submisso do paciente, especialmente quando seu estado clínico se agrava, tornando-o menos apto a cuidar de si e tomar decisões próprias (Corrêa, 2018, p. 298).

No caso de pacientes internados em UTIs, a situação se agrava ainda mais. Frequentemente, esses indivíduos perdem a capacidade de se comunicar de forma eficaz por estarem intubados, sedados, em coma ou submetidos a outros procedimentos invasivos. Isso resulta em uma perda quase total do controle sobre ações básicas do cotidiano, como higiene pessoal, alimentação, mobilidade e escolha de roupas, tornando-os completamente dependentes da equipe de cuidados. Nessas condições, a autonomia individual é praticamente inexistente, inclusive em relação a decisões simples e rotineiras (Corrêa, 2018, p. 299).

Isso exige que o processo de cuidado seja conduzido com transparência, permitindo ao paciente acesso claro e completo às informações antes de tomar decisões. Dessa forma, o consentimento deve ser verdadeiramente livre e esclarecido. Contudo, no Brasil, esse consentimento muitas vezes se limita a um documento que o paciente assina, sem necessariamente entender os riscos ou opções disponíveis. Frequentemente, os termos são redigidos com linguagem técnica e de difícil compreensão para quem está vulnerável por conta da doença. Diante da pressa e da burocracia, o paciente recebe um formulário padrão, que pouco contribui para sua tomada de decisão consciente (Sá, Naves, 2023, p. 266).

Muitos profissionais de saúde têm dificuldade em lidar com a autonomia do paciente e em reconhecer a importância de fornecer informações claras. Em determinadas situações torna-se mais confortável para o médico suavizar ou omitir informações difíceis do que enfrentar o sofrimento do paciente. Essa atitude, embora

vista como proteção, pode resultar em desinformação e engano, afetando a dignidade e os direitos do paciente (Sá, Naves, 2023, p. 266).

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) reconhece que o consumidor, de modo geral, ocupa uma posição de desvantagem frente aos fornecedores de bens e serviços. Em determinadas situações, essa condição de desvantagem é ainda mais acentuada, sendo denominada de hipervulnerabilidade, um entendimento já consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça (Carlessi, 2025).

O paciente pode ser classificado como hipervulnerável, uma vez que sua condição emocional e física fragilizada o coloca em desvantagem na interação com os profissionais de saúde. Essa condição demanda uma postura mais cuidadosa por parte do médico, hospital, sistema de saúde, que devem assegurar não só um atendimento eficaz, mas também respeitar prazos adequados, a fim de evitar que esperas excessivas comprometam o bem-estar do paciente (Carlessi, 2025).

A teoria da responsabilidade aplicada ao consumidor também pode ser adaptada ao contexto da saúde, considerando que o tempo excessivo de espera por atendimento médico pode acarretar consequências sérias, indo além do mero desconforto. Tal atraso pode comprometer significativamente a efetividade do tratamento e, em casos mais críticos, resultar no agravamento da condição clínica ou até no óbito do paciente. Quando, por exemplo, um exame essencial para o diagnóstico é postergado por semanas ou meses, e essa demora contribui para a progressão da doença, estabelece-se uma conexão clara entre o tempo de espera e o prejuízo à saúde. Nessa perspectiva, tanto o profissional quanto a instituição de saúde podem ser responsabilizados, principalmente se a falha estiver relacionada à má gestão do serviço prestado (Carlessi, 2025).

3.3. DISPARIDADES REGIONAIS E BARREIRAS NO ACESSO À UTI PARA PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA

Um dos principais obstáculos enfrentados pelo sistema de saúde é garantir o acesso equitativo aos serviços, especialmente para grupos vulneráveis e moradores de regiões mais remotas, como o Norte e o Nordeste do país. Apesar dos avanços promovidos pelo SUS desde sua implementação, ainda persistem desigualdades

significativas, com maior concentração de serviços nas áreas urbanas e dificuldades de cobertura nas regiões periféricas. Essas disparidades estão relacionadas tanto à má distribuição de profissionais e tecnologias quanto à escassez de unidades de saúde em territórios com baixa infraestrutura. Como resultado, a população enfrenta longas filas e demoras no atendimento, particularmente nos serviços de média e alta complexidade (Oliveira, 2021, p. 263).

A regionalização representa um elemento essencial na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois possibilita a descentralização administrativa e a adequação dos serviços às realidades de cada território. Contudo, sua implementação plena ainda enfrenta obstáculos significativos, como a ausência de integração eficaz entre os diferentes níveis de governo e as desigualdades na capacidade de gestão e financiamento entre municípios e estados. Frequentemente, a delegação de responsabilidades ocorre sem o repasse proporcional de recursos, o que compromete a efetividade e a equidade na oferta dos serviços. Para que o SUS atue como uma rede articulada de atenção à saúde, é necessário um esforço conjunto e coordenado entre as esferas federativas, cenário que, na prática, muitas vezes se revela desarticulado e fragmentado (Oliveira, 2021, p. 263).

Neste cenário, embora o setor privado disponha de uma infraestrutura mais desenvolvida para exames diagnósticos em comparação ao setor público, ele ainda é insuficiente no que diz respeito à oferta de serviços de alta complexidade, como é o caso dos leitos de UTI, cujo custo é elevado. Nessas circunstâncias, é comum que os usuários de planos e seguros de saúde sejam direcionados para unidades públicas. Essa dinâmica contribui para que esses beneficiários acessem mais rapidamente a rede pública, devido à obtenção precoce do diagnóstico, o que os coloca em vantagem nas filas por internação hospitalar. Como consequência, acabam ocupando parte significativa dos limitados leitos disponíveis, restringindo o acesso daqueles que dependem exclusivamente do SUS (Medeiros, 2018, p. 233).

Essa realidade desencadeou um debate controverso que, de forma inadequada, ameaça o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde. Isso ocorre quando se defende a compensação financeira do setor privado ao público, conforme previsto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a qual regula os serviços prestados por planos e seguros privados de saúde (Medeiros, 2018, p. 233).

Conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), o número adequado de leitos de UTI deve variar entre 1 e 3 para cada grupo de 10 mil habitantes. No geral, o Brasil alcança uma média de 2,2 leitos, o que pode ser considerado aceitável. No entanto, uma avaliação mais específica revela disparidades significativas: enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de cerca de 1,4 leitos por 10 mil habitantes, a rede privada apresenta uma média superior, com 4,9 leitos, segundo dados da AMIB (Bezerra, 2023, p. 13).

As disparidades regionais no SUS no Brasil manifestam-se em diferentes aspectos, como na oferta de leitos hospitalares, na disponibilidade de tecnologias avançadas e nos atendimentos de alta complexidade. As regiões Norte e Nordeste, em especial, têm enfrentado historicamente carência na estrutura de unidades de saúde, na oferta de equipamentos para diagnóstico e na presença de profissionais especializados. Esse cenário contribui para a sobrecarga dos serviços nas capitais e para o aumento do tempo de espera por consultas e procedimentos (Oliveira, 2021, p. 369).

Assim, a insuficiência de leitos hospitalares tende a refletir diretamente na escassez de leitos de UTI. Além disso, a lentidão no processo de internação pode contribuir para a piora do quadro clínico do paciente, aumentando a necessidade de cuidados intensivos, cujo acesso já é, por si só, limitado (Medeiros, 2018, p. 231).

Além das barreiras geográficas, o acesso à saúde também é comprometido pela escassez de profissionais capacitados, pela ausência de materiais e equipamentos adequados, além das condições precárias de muitas unidades de atendimento. Em diversos casos, pacientes com câncer acabam tendo seus tratamentos interrompidos por dificuldades no transporte, indisponibilidade de medicamentos ou ausência de especialistas para realizar o acompanhamento necessário (Belmon *et al.*, 2024, p. 18).

Para compreender com maior profundidade os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é relevante analisar experiências de outros países com realidades regionais distintas. No caso do Canadá, apesar de dispor de um sistema de saúde universal, comunidades indígenas e áreas rurais de difícil acesso vivenciam obstáculos similares, como a falta de profissionais de saúde e a limitação no acesso a serviços especializados. Tal comparação demonstra que, mesmo em

sistemas considerados bem organizados, assegurar o acesso igualitário em regiões afastadas permanece como uma dificuldade persistente e complexa (Oliveira, 2021, p. 369).

Essa observação nos permite refletir que, apesar de o número de leitos disponíveis no SUS estar dentro dos parâmetros sugeridos pelo Ministério da Saúde (MS) em todas as regiões do país, a comparação entre os sistemas público e privado é inadequada. Isso ocorre porque a rede suplementar atende um grupo com acesso limitado, condicionado à sua capacidade de pagamento, enquanto o SUS é responsável por atender uma ampla parcela da população, de forma universal e integral, incluindo tanto usuários exclusivos quanto aqueles que também utilizam planos de saúde ou pagam diretamente pelos serviços (Medeiros, 2018, p. 233).

A organização e funcionamento de leitos de Unidade de UTI demandam investimentos substanciais em infraestrutura, o que inclui tanto a aquisição de equipamentos avançados quanto a contratação de profissionais altamente qualificados, resultando em custos operacionais elevados. Diante disso, verifica-se que não há atratividade econômica na ampla disponibilização desses leitos para a maioria dos usuários de planos de saúde privados, considerando seu alto custo e o retorno financeiro reduzido. Como consequência, o setor suplementar tende a oferecer apenas o essencial nesse tipo de atendimento, uma vez que opera sob uma lógica voltada à rentabilidade do capital financeiro. Nesse contexto, é o SUS que assume, majoritariamente, a responsabilidade pelo atendimento das demandas de maior complexidade e custo elevado, como transplantes, tratamentos prolongados contra o câncer e procedimentos cirúrgicos de alta tecnologia (Medeiros, 2018, p. 234).

Existe uma tendência de direcionamento de recursos do SUS para contratos com prestadores do setor privado, o que contribui para o fortalecimento da iniciativa privada no sistema de saúde. Essa priorização favorece a realização de procedimentos e serviços que oferecem maior retorno financeiro para as instituições privadas, deixando em segundo plano aqueles com menor rentabilidade, como é o caso da oferta de leitos de UTI, tanto na rede pública quanto na privada conveniada ao SUS, com isso os mais vulneráveis e que precisam destes recursos ficam sem acesso (Medeiros, 2018, p. 237).

4 A EFETIVIDADE DA LEI Nº 14.238/2021 E DA PORTARIA MS Nº 874/2013 NA GARANTIA DE DIREITOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS

O câncer figura entre as principais causas de morte tanto no Brasil quanto no cenário global, impondo sérios desafios aos sistemas de saúde, sejam públicos ou privados. Considerando a complexidade envolvida no tratamento da doença e os obstáculos enfrentados pelos pacientes, tornou-se imprescindível o estabelecimento de instrumentos legais que garantam proteção de direitos e suporte adequado a essa população (Rocha, Leite, 2025, p. 2120).

Nesse sentido, foram instituídas a Lei nº 14.238/2021, conhecida como Estatuto da Pessoa com Câncer e a Portaria MS nº 874/2013 com a finalidade de assegurar direitos essenciais e fomentar melhorias na qualidade de vida das pessoas em tratamento oncológico, além de reforçar o compromisso estatal em ampliar o acesso a cuidados e serviços de saúde, no que diz respeito ao SUS. No entanto, mesmo com sua importância, a aplicação efetiva dessas legislações enfrenta entraves reais, como a carência de infraestrutura hospitalar, a morosidade no início dos tratamentos e as dificuldades para acessar benefícios sociais. Essa distância entre o que está previsto na norma e a sua aplicação concreta levanta dúvidas sobre a verdadeira eficácia do Estatuto e da Portaria MS em transformar a realidade dos pacientes oncológicos no país (Rocha, Leite, 2025, p. 2120).

4.1 ANÁLISE DA LEI Nº 14.238/2021: PRINCÍPIOS, DIREITOS ASSEGURADOS E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

O Estatuto da Pessoa com Câncer apresenta um papel essencial na garantia da proteção e da qualidade de vida dos indivíduos em tratamento oncológico. Em primeiro lugar, essa legislação consolida, de forma oficial, os direitos das pessoas com câncer, oferecendo respaldo jurídico para que possam reivindicar o que lhes é devido. Com isso, estabelece-se um cenário em que tais direitos não apenas são reconhecidos formalmente, mas também recebem respaldo efetivo para sua concretização (Rocha, Leite, 2025, p. 2125).

A Lei nº 14.238/2021, que institui o Estatuto da Pessoa com Câncer, define um conjunto de direitos essenciais voltados a assegurar que os indivíduos com

diagnóstico oncológico tenham acesso a cuidados apropriados, além de garantir sua dignidade e inserção social. A legislação detalha, em seus dispositivos, os principais direitos conferidos a esses pacientes, organizando-os conforme os respectivos artigos (Rocha, Leite, 2025, p. 2122).

O artigo 4º da respectiva Lei, define como paciente oncológico o seguinte:

[...] aquela que tenha o regular diagnóstico, nos termos de relatório elaborado por médico devidamente inscrito no conselho profissional, acompanhado pelos laudos e exames diagnósticos complementares necessários para a correta caracterização da doença (Brasil, 2021).

De acordo com o Estatuto da Pessoa com Câncer, é garantido o direito ao atendimento integral por meio do SUS o qual deve incluir não apenas cuidados médicos e fornecimento de medicamentos, mas também apoio psicológico e cuidados paliativos, sempre que forem necessários. Já o artigo 13 enfatiza que é responsabilidade do Estado promover ações de conscientização e prestar suporte às famílias das pessoas diagnosticadas com câncer (Rocha, Leite, 2025, p. 2123).

O Estatuto da Pessoa com Câncer estabelece princípios fundamentais, como o respeito à dignidade humana, a promoção da igualdade, a proibição de discriminação, o incentivo ao diagnóstico precoce e a garantia de tratamentos sustentáveis. Entre seus principais objetivos, destacam-se a ênfase na prevenção da doença e o fomento à cooperação entre países, instituições e entidades para o compartilhamento de tecnologias, saberes e práticas voltadas à prevenção e ao tratamento do câncer. Na época da publicação da norma, o então presidente vetou o dispositivo que atribuía ao Estado a obrigação de assegurar o fornecimento de medicamentos mais eficazes contra o câncer. Segundo justificativa da Secretária-geral da Presidência, essa obrigação poderia contrariar as diretrizes terapêuticas existentes no país, prejudicar o processo técnico de avaliação de tecnologias em saúde e comprometer o princípio de equidade ao priorizar pacientes com neoplasias malignas em detrimento de outros com doenças igualmente graves (ABRALE, 2021).

Um aspecto relevante previsto no artigo 4º, inciso IV, do Estatuto da Pessoa com Câncer é a oferta de apoio social e jurídico. Esse dispositivo tem como finalidade assegurar que indivíduos com diagnóstico oncológico possam acessar benefícios previdenciários, além de suporte psicológico e jurídico, quando necessário. Já o inciso V garante prioridade de atendimento tanto nos serviços de saúde quanto nos órgãos públicos, além de celeridade na tramitação de processos administrativos e judiciais.

Para fortalecer essa proteção, o §2º do mesmo artigo especifica as condições dessa prioridade, incluindo o atendimento preferencial e a urgência em casos mais graves (Rocha, Leite, 2025, p. 2122).

Cabe mencionar alguns dos direitos garantidos aos pacientes oncológicos conforme determina o Estatuto da Pessoa com Câncer (Lei nº 14.238/2021). Como o **Diagnóstico precoce**: garantia de acesso rápido e eficiente ao diagnóstico da doença, para possibilitar o início imediato do tratamento (Art. 4º, I); **Tratamento adequado e menos nocivo**: acesso a terapias eficazes, universais e menos agressivas, respeitando a equidade (Art. 4º, II); **Informação clara e objetiva**: direito de receber informações compreensíveis sobre a doença, os tratamentos disponíveis e suas implicações (Art. 4º, III); **Assistência social e jurídica**: apoio para obtenção de benefícios previdenciários, suporte psicológico e orientação jurídica quando necessário (Art. 4º, IV); **Prioridade no atendimento**: atendimento preferencial em serviços de saúde, órgãos públicos e em processos administrativos e judiciais (Art. 4º, V e §2º); **Acompanhamento durante o tratamento**: direito de estar acompanhado por pessoa de sua escolha nos atendimentos e durante o tratamento (Art. 4º, VII); **Tratamento domiciliar**: preferência, quando possível, pela realização de tratamento em casa, proporcionando conforto ao paciente (Art. 4º, IX); **Atendimento educacional**: garantia de continuidade dos estudos por meio de classes hospitalares ou ensino domiciliar, especialmente para crianças e adolescentes (Art. 4º, X); **Efetivação dos direitos fundamentais**: dever do Estado, da sociedade e da família de garantir saúde, convivência familiar e dignidade à pessoa com câncer (Art. 5º); **Promoção de políticas públicas**: obrigações do Estado em desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, capacitação de profissionais e campanhas informativas (Art. 7º); **Atendimento integral pelo SUS**: acesso completo a serviços de saúde, medicamentos, apoio psicológico e cuidados paliativos no âmbito do SUS (Art. 12); **Apoio à família do paciente**: compromisso do Estado em oferecer apoio e promover conscientização junto à família do paciente oncológico (Art. 13) (Brasil, 2021).

Apesar da amplitude de direitos dispostos aos pacientes, a aplicação da Lei nº 14.238/2021 ainda enfrenta uma série de entraves que dificultam o cumprimento integral de seus propósitos. Mesmo representando um avanço relevante na defesa dos direitos das pessoas com câncer, sua implementação prática esbarra em limitações que precisam ser superadas. Um dos maiores entraves é a baixa

disseminação de informações sobre a lei entre os profissionais da saúde, gestores públicos e, sobretudo, os próprios pacientes. O desconhecimento generalizado a respeito dos direitos assegurados pelo Estatuto dificulta o acesso aos serviços e benefícios disponíveis. Nesse contexto, ações educativas voltadas à divulgação da legislação são fundamentais para ampliar o conhecimento da população (Rocha, Leite, 2025, p. 2126).

Outro ponto delicado diz respeito à articulação entre os diferentes níveis de atenção no sistema de saúde. Para que o Estatuto da Pessoa com Câncer seja plenamente efetivo, é indispensável que haja uma integração mais eficiente entre os atendimentos básicos, intermediários e especializados. Muitas vezes, a ausência de diálogo entre esses setores gera falhas no acompanhamento do paciente, comprometendo a continuidade dos cuidados e diminuindo a eficácia do tratamento. Além disso, embora a legislação reconheça a importância do suporte emocional e psicológico, a prática ainda é tímida. A carência de profissionais capacitados em saúde mental e a limitação de estruturas voltadas ao acolhimento emocional dificultam a construção de um atendimento verdadeiramente completo e humanizado (Rocha, Leite, 2025, p. 2127).

A análise dos efeitos do Estatuto da Pessoa com Câncer evidencia o quanto é essencial manter um esforço constante para tornar reais os direitos assegurados às pessoas com câncer. Para que essa legislação realmente faça diferença na vida dos pacientes, é indispensável o engajamento coletivo, de cidadãos, instituições e poder público. Somente por meio dessa união poderemos assegurar que quem enfrenta o câncer receba cuidados com respeito, empatia e dignidade, oferecendo melhores condições de vida e esperança a essa parcela da população (Rocha, Leite, 2025, p. 2132).

4.2 A PORTARIA MS Nº 874/2013 E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS INTENSIVOS

O propósito central da Portaria MS nº 874/2013 através da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer é diminuir o número de mortes e as limitações provocadas por essa enfermidade, além de atuar na redução da incidência de certos

tipos de câncer. A política também visa promover melhores condições de vida às pessoas diagnosticadas, por meio de estratégias que envolvem a promoção da saúde, ações preventivas, diagnóstico precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos. Essa abordagem leva em conta a relevância do câncer como uma das principais questões de saúde pública no país, exigindo intervenções eficazes e coordenadas em diferentes níveis do cuidado, principalmente nos casos mais graves que necessitem de serviços intensivos (Brasil, 2013).

Os cuidados paliativos por exemplo, fazem parte de todos os níveis do atendimento em saúde dentro do SUS, respeitando a lógica de hierarquização dos serviços, desde a atenção básica até os níveis intermediário e especializado. Essa organização visa assegurar o acesso integral, justo e universal à saúde por parte da população. A efetividade dessa política, contudo, requer uma compreensão mais profunda sobre o que representam os cuidados paliativos e suas múltiplas dimensões. Alinhada à estratégia de combate às doenças crônicas não transmissíveis, a proposta é expandir, fortalecer e qualificar os serviços oncológicos do SUS, o que inclui a formação e capacitação dos profissionais da rede, diante da crescente demanda por esse tipo de atendimento na saúde pública (Mendes, Vasconcellos, 2015, p. 884).

Na maioria das vezes, os cuidados paliativos envolvem ações intensivas voltadas ao alívio do sofrimento e ao amparo no final da vida. No entanto, seu início deve ocorrer já no momento do diagnóstico, sendo adaptados conforme as necessidades evoluem. Trata-se de um direito fundamental, que garante ao indivíduo acompanhamento e acolhimento ao longo de toda a trajetória da doença, até seus estágios finais. Essa abordagem valoriza a vida e entende a morte como um evento natural, sem a intenção de acelerá-la ou adiá-la (Mendes, Vasconcellos, 2015, p. 885).

Por considerarem todas as dimensões do ser humano e valorizarem sua autonomia e dignidade, os cuidados paliativos estão alinhados aos princípios éticos e morais estabelecidos pela Constituição Federal. Diferentemente disso, os serviços oferecidos pelos planos de saúde privados nem sempre demonstram a mesma sensibilidade, ainda que, no imaginário coletivo, sejam associados a modelos mais modernos e eficazes. Na prática, pacientes com câncer em estágios avançados, que necessitam de atenção especializada como a dos cuidados paliativos, muitas vezes acabam sendo encaminhados de volta ao sistema público de saúde, o que aumenta

ainda mais a demanda por esse tipo de atendimento no SUS (Mendes, Vasconcellos, 2015, p. 888).

O câncer deve ser compreendido como uma questão social ampla, indo além dos limites da assistência médica. A melhoria nas taxas de sobrevivência e a diminuição da mortalidade não dependem apenas de cuidados clínicos, mas também de condições sociais. Elementos como a condição econômica, as disparidades étnicas e o acesso a serviços de saúde ou planos de cobertura têm sido apontados como fatores determinantes que impactam diretamente a sobrevivência de pessoas com diagnóstico oncológico (Silva *et al.*, 2024, p. 5).

Apesar da existência da Portaria MS nº 874/2013, observa-se com preocupação a persistência de indicadores de saúde que revelam atrasos significativos no início do tratamento oncológico, muitos pacientes ainda enfrentam mais de 60 dias entre o diagnóstico e a primeira intervenção terapêutica. Essa realidade aponta para a insuficiência de serviços especializados e a carência de infraestrutura, profissionais capacitados e recursos técnicos no SUS, dificultando a resposta adequada à demanda. As regiões Norte e Nordeste são as mais impactadas por essas limitações, embora alguns estados, como Bahia e Pará, apresentem avanços na elaboração de seus planos de atenção. Ainda assim, essas deficiências contribuem para a manutenção de altos índices de incidência e mortalidade por câncer em todo o país (Silva *et al.*, 2024, p. 8).

Segundo especialistas, os desafios atuais em relação ao câncer tornam-se ainda mais preocupantes quando se analisam as projeções para os próximos anos. A doença já figura como a segunda principal causa de morte globalmente, atrás apenas das enfermidades cardiovasculares e, em determinadas regiões, já lidera as estatísticas. Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estimou-se que, entre 2023 e 2025, seriam diagnosticados cerca de 704 mil novos casos de câncer por ano no Brasil. Em um cenário mais distante, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), que reúnem informações de 185 países, indicam que até 2050 o número de novos casos poderá atingir 35 milhões ao ano, o que representa um aumento de 77% em relação às estimativas de 2022. Ainda em 2025, o Brasil deve registrar cerca de 1,15 milhão de diagnósticos e aproximadamente 554 mil mortes por câncer, quase o dobro do número de óbitos registrados em 2022 (Weise, 2024).

Diante desse cenário, há uma expectativa significativa de que a Nova Política Nacional do Câncer (Lei nº 14.758/2023) traga avanços concretos para transformar o panorama atual. A proposta tem como foco principal a organização de ações que promovam a redução das taxas de incidência e mortalidade dos diferentes tipos de câncer, além de garantir o acesso efetivo ao cuidado integral. A nova legislação é bem recebida por pacientes, organizações e defensores da causa, pois propõe uma estrutura coordenada que permita ao paciente ser acompanhado ao longo de toda sua trajetória no sistema de saúde. No entanto, um dos maiores desafios ainda é fazer com que esse modelo ideal seja, de fato, colocado em prática (Weise, 2024).

Outro ponto discutível é a dificuldade de acesso a medicamentos e terapias sistêmicas. Conforme abordado no 14º Fórum Nacional Oncoguia, será publicada uma nova portaria para redefinir os critérios de habilitação em oncologia de alta complexidade, com o intuito de facilitar o processo e atender à crescente demanda. Além disso, o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) incluirá investimentos ampliados em radioterapia. Também está prevista a atualização de procedimentos cirúrgicos oncológicos e ajustes na tabela do SUS, buscando ampliar a oferta de diagnósticos e tratamentos. Complementarmente, está em desenvolvimento uma portaria específica para estruturar o novo modelo de acesso aos tratamentos quimioterápicos (Weise, 2024).

De acordo com dados analisados a partir de informações fornecidas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pelo Ministério da Saúde (MS), constatou-se que quando o câncer é diagnosticado em estágios avançados, perde-se a chance de realizar cirurgias que poderiam ser curativas em fases iniciais. Nesses casos, o tratamento se torna mais complexo, com maior risco de metástases, demandando intervenções mais agressivas e com efeitos colaterais mais intensos para o paciente. Em 2023, os custos com o tratamento do câncer de próstata no Brasil foram elevados: aproximadamente R\$ 18,8 milhões foram investidos em cirurgias, como prostatectomias, R\$ 202,5 milhões em terapias hormonais, R\$ 131,6 milhões em radioterapia e R\$ 82,4 milhões em quimioterapia. Esses números mostram que iniciar o tratamento tardiamente não apenas compromete os resultados clínicos, mas também encarece o processo, pressionando o sistema público de saúde. Além disso, somente em 2023, o país registrou 16.897 mortes de homens por câncer de próstata, uma média superior a 46 óbitos por dia (Oliveira, 2024).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) de 2023, representa um avanço significativo no enfrentamento da doença. No entanto, sua efetivação concreta depende de diversos fatores, como a ampliação e melhor distribuição de recursos, adoção de estratégias financeiras mais eficazes e o compromisso com a equidade. É essencial também considerar os determinantes sociais da saúde, como moradia, educação, segurança alimentar, renda, saneamento básico e acesso à água potável, pois esses aspectos influenciam diretamente a qualidade de vida e o acesso ao cuidado em saúde (Oliveira, 2024).

4.3 A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO DIANTE DA INEFETIVIDADE NORMATIVA: DECISÕES E REPERCUSSÕES

Nos últimos anos, o tratamento do câncer tem passado por transformações relevantes, com a introdução de medicamentos cada vez mais avançados, de alto custo e com abordagens terapêuticas progressivamente mais individualizadas e específicas para cada paciente. O tratamento do câncer tem sido frequentemente levado ao sistema judiciário, como parte do processo de judicialização da saúde. Esse fenômeno reflete a crescente busca por parte da população em garantir seus direitos ao acesso à saúde por meio de ações judiciais. Trata-se de um processo que evidencia uma complexa interação entre demandas sociais e decisões políticas e jurídicas, especialmente no que se refere à efetivação de políticas públicas voltadas aos direitos sociais (Kozan, 2019, p. 2).

O avanço da judicialização da saúde tem exigido posicionamentos mais claros por parte do Judiciário. Como resposta a essa realidade, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) promoveu três edições das Jornadas Nacionais da Saúde, onde foram debatidas as principais dificuldades enfrentadas e elaborados diversos enunciados interpretativos com base em informações técnicas. Esses conteúdos têm servido de apoio aos juízes na tomada de decisões em ações judiciais que envolvem o direito à saúde. Além disso, tanto o Supremo Tribunal Federal (STF) quanto o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm se debruçado sobre o tema, discutindo e formulando teses que passarão a ter caráter vinculante para outras instâncias do sistema judiciário (Kozan, 2019, p. 2).

A judicialização pode contribuir para a consolidação do SUS, ressaltando que o objetivo não deve ser combater a judicialização em si, mas evitar que ela se transforme em um fator que agrave as desigualdades, já que não se trata apenas do acesso aos serviços de saúde, mas também do acesso à Justiça. Cabe ressaltar a importância de uma judicialização que assegure a proteção coletiva do direito à saúde, especialmente diante de ameaças provenientes de interesses privados que atuam dentro do sistema público (Oliveira, 2021, p. 136).

Uma das principais controvérsias reside na possibilidade de que indivíduos que aguardam atendimento no SUS sejam prejudicados, especialmente quando perdem sua vez para outros que ingressaram judicialmente no sistema. Nesse sentido, a adoção de estratégias voltadas à promoção de ações de natureza coletiva, conforme já destacado, tende a minimizar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Tais medidas podem ser compreendidas como alternativas mais eficientes para a resolução de demandas, particularmente aquelas relacionadas à alta complexidade do SUS, superando, assim, a lógica tradicional que trata tais pleitos como questões estritamente individuais e litigiosas (Oliveira, 2021, p. 136).

As primeiras iniciativas judiciais voltadas à efetivação do direito à saúde no Brasil tiveram início em 1996, impulsionadas por movimentos sociais que buscavam assegurar o fornecimento de medicamentos por parte do Estado. Essas ações, protagonizadas principalmente por pessoas vivendo com HIV/Aids, tinham como finalidade garantir que o SUS incorporasse, adquirisse e disponibilizasse medicamentos recém-introduzidos no mercado internacional, especialmente os antirretrovirais destinados ao tratamento da doença (Silva, 2012, p. 242).

Com o acolhimento das demandas pelo Poder Judiciário, surgiu uma nova possibilidade para a efetivação do direito à saúde, conforme garantido pela Constituição Federal (CF/88). Diversas ações judiciais passaram a ser apresentadas em diferentes instâncias do Judiciário, buscando atender solicitações relacionadas ao campo da saúde. Em sua maioria, essas ações têm como alvo o SUS, com a finalidade de assegurar o fornecimento de tratamentos, medicamentos, procedimentos ou insumos necessários aos usuários (Silva, 2012, p. 242).

O artigo 196 da Constituição Federal (CF/88) foi citado como base jurídica na maior parte de ações judiciais analisadas. Esse dispositivo estabelece que o direito à

saúde deve ser assegurado por meio de políticas sociais e econômicas. Para tanto, torna-se indispensável a formulação e implementação de políticas públicas que organizem a atuação governamental voltada à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva. No entanto, observa-se que tanto os advogados dos demandantes quanto os juízes frequentemente interpretam esse artigo de maneira restrita, reduzindo seu conteúdo à afirmação de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Com isso, a exigência de efetivação por meio de políticas públicas acaba sendo negligenciada, resultando em um foco excessivo nas demandas assistenciais, especialmente aquelas relacionadas ao fornecimento de medicamentos e tratamentos (Figueiredo *et al.*, 2025, p. 130).

A jurisdição do Estado de Santa Catarina reconhece matéria de direito à saúde no que tange a necessidade de leito de UTI pelo SUS em casos de extrema urgência, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO - **SAÚDE - CIRURGIA - PACIENTE NA FILA DE ESPERA DO SUS - QUADRO CLÍNICO SENSÍVEL - DEMORA INACEITÁVEL - SITUAÇÃO QUE PERMITE A DETERMINAÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO.**1. As determinações judiciais para fornecimento de medicamentos e para a realização de cirurgias não podem ser equiparadas. No segundo caso, não se cuida de meramente ter verba orçamentária disponível. Há necessidade de leitos (para o pré e pós-operatório), a disponibilidade do centro cirúrgico, a presença de equipe médica e dos equipamentos aptos ao procedimento e assim quase indefinidamente. Dificilmente, ainda, haverá uma única cirurgia pendente; aparecerão casos mais delicados, inesperados e até com risco de morte. Seria o equivalente a deferir liminar para internação em UTI, mesmo esgotada a capacidade, impondo-se ao gestor da unidade a perspectiva de expulsar um paciente não amparado por deliberação jurisdicional. É tema que tem que ser delegado à função administrativa, que nos limites físicos e humanos deverá estabelecer uma justa listagem de atendimento, especialmente por critérios científicos. A solução não estará em se permitir que se "furem filas". Não sendo assim, todos poderiam vir a juízo e a natureza da fila apenas seria modificada - de administrativa para judicial. De todo modo, existem situações excepcionais nas quais **a urgência permite que se determine o pronto atendimento.**2. Além de a moléstia da **agravante ser grave** - cistocele em grau 3 -, o quadro clínico **exige a realização do procedimento com a maior brevidade possível**, considerando-se a documentação médica e a idade avançada da paciente (79 anos). 3. Recurso provido. (TJSC, Agravo de Instrumento n. 5078446-83.2023.8.24.0000, do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, rel. Hélio do Valle Pereira, Quinta Câmara de Direito Público, j. 26-03-2024, grifo nosso).

A decisão do STJ no **Recurso em Mandado de Segurança n. 76.168/RJ**, por exemplo, trata de uma situação em que uma paciente idosa buscava garantir judicialmente sua transferência para uma UTI por meio do SUS, após ser internada em hospital particular em decorrência de sangramento grave. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) havia negado a liminar em mandado de segurança sob o

argumento de que não havia prova pré-constituída do direito líquido e certo, exigência típica desse tipo de ação. Entendeu-se que o laudo médico particular apresentado não era suficiente para comprovar a urgência da internação na UTI. Contudo, o STJ discordou dessa visão: considerou válido o laudo médico particular, ressaltando que não se pode exigir nova perícia em mandado de segurança, pois isso inviabilizaria o remédio jurídico diante da urgência. Ademais, o STJ reafirmou sua jurisprudência consolidada: o Estado tem o dever de garantir o acesso à saúde, incluindo internação em UTI, conforme a orientação médica. Na falta de vagas na rede pública, o ente estatal deve custear a internação em hospital privado, conforme fundamenta o art. 196 da Constituição Federal (CF/88). O ministro relator criticou a exigência de nova perícia como algo absurdo e desumano, dada a idade da paciente (87 anos), seu quadro clínico grave e a presunção de boa-fé do profissional de saúde que elaborou o laudo. O STJ reforçou que a responsabilidade pela saúde pública é solidária entre União, Estados e Municípios, conforme o art. 198, §1º, da CF, e o pedido de internação na rede privada só foi feito subsidiariamente, diante da omissão estatal em providenciar leito público. O recurso foi acolhido. O STJ entendeu que houve comprovação da necessidade urgente de internação, e determinou que o Estado providenciasse a transferência imediata da paciente para hospital com UTI, público ou privado vinculado ao SUS. Dessa forma houve reconhecimento de direito líquido e certo e garantia do acesso à saúde como direito fundamental imediato e eficaz (Brasil, 2025).

Observa-se, de forma recorrente em muitas petições iniciais, a utilização do subtópico referente à "garantia do mínimo existencial". A principal linha argumentativa dos advogados que representam os demandantes sustenta que é direito do indivíduo exigir uma atuação concreta do Estado no sentido de assegurar condições mínimas para uma vida digna. Tal obrigação estatal inclui, de maneira central, a oferta de serviços de saúde pública, pois sua ausência compromete diretamente a dignidade da pessoa humana. Dessa forma, garantir o mínimo existencial implica assegurar a efetivação básica dos direitos sociais, especialmente o acesso rápido e integral ao tratamento médico necessário à enfermidade da parte autora (Figueiredo, 2025, p. 131).

Nesse cenário, também é constatado a frequente invocação do princípio da "reserva do possível", geralmente vinculada ao argumento de que o cumprimento de determinadas decisões judiciais comprometeria outras políticas públicas. No entanto,

tais alegações não são aceitas pelos tribunais sem que haja comprovação efetiva das limitações orçamentárias. Embora o debate sobre os gastos públicos com demandas judiciais em saúde levante a questão da capacidade financeira do Estado, observa-se que as decisões judiciais tendem a priorizar os direitos à saúde e à vida em relação às restrições fiscais. O entendimento majoritário nos julgados considera que a escassez de recursos não pode ser utilizada como justificativa para inviabilizar a efetivação dos direitos sociais fundamentais, especialmente quando se trata de questões relacionadas à preservação da vida. Ainda que não se possa exigir do Estado o que está fora de suas possibilidades, também não se admite que ele deixe de garantir o mínimo necessário à existência digna dos cidadãos (Figueiredo, 2025, p. 131).

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho analisou, sob múltiplos enfoques, a efetividade do direito à saúde no contexto do atendimento oncológico de alta complexidade SUS, com destaque para a disponibilização de leitos em UTIs. Ao longo dos capítulos, verificou-se que, embora o ordenamento jurídico brasileiro consagre a saúde como um direito fundamental, inúmeros obstáculos estruturais, administrativos e jurídicos comprometem a sua efetiva concretização, especialmente para pacientes em situação de vulnerabilidade, como os diagnosticados com neoplasias malignas.

Abordou-se a consolidação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 (CF/88) e sua natureza como direito social de caráter prestacional. Também se evidenciou o papel do Estado na formulação e execução de políticas públicas que assegurem o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde. Entretanto, a escassez de recursos financeiros e a limitação da “reserva do possível” ainda são comumente utilizadas como argumentos de defesa para o descumprimento dessas obrigações, apesar de a jurisprudência majoritária considerar que tais justificativas não podem se sobrepor ao princípio da dignidade da pessoa humana e à supremacia dos direitos fundamentais.

Analisamos a estrutura e funcionamento das UTIs no SUS, destacando a insuficiência de leitos disponíveis, a distribuição desigual entre regiões e a demanda crescente que ultrapassa a capacidade instalada. Os dados evidenciam que a carência de leitos de UTI é uma das principais barreiras para o acesso à saúde de alta complexidade, especialmente em estados das regiões Norte e Nordeste. Os critérios clínicos e ético-jurídicos utilizados na priorização do acesso às UTIs, embora regulamentados, muitas vezes carecem de transparência, padronização e controle externo. Além disso, o desequilíbrio na relação entre pacientes do SUS e da saúde suplementar, que utilizam recursos públicos em momentos críticos, revela disparidades que impactam diretamente a equidade no sistema.

Foram estudados instrumentos normativos específicos, como a Lei nº 14.238/2021 (Estatuto da Pessoa com Câncer) e a Portaria MS nº 874/2013, que visam assegurar direitos aos pacientes oncológicos. Tais dispositivos representam avanços importantes na formalização de garantias legais, incluindo atendimento integral, acesso a medicamentos, suporte psicológico, tratamento prioritário e

cuidados paliativos. Contudo, a pesquisa revelou um distanciamento entre o conteúdo normativo e sua aplicação concreta. A falta de infraestrutura, a morosidade na rede pública e a ausência de integração entre os níveis de atenção dificultam a efetivação desses direitos, resultando em atrasos no diagnóstico e no tratamento, fatores que podem agravar o quadro clínico e comprometer as chances de cura ou controle da doença.

A atuação do Poder Judiciário, embora muitas vezes imprescindível para assegurar o acesso a tratamentos urgentes, também se mostrou limitada diante da complexidade que envolve a gestão do sistema público de saúde. A judicialização da saúde, quando não observada com cautela, pode gerar distorções no princípio da isonomia, ao favorecer o atendimento de demandas individuais em detrimento de políticas públicas coletivas. Ainda assim, em casos de urgência comprovada e diante da inércia do Estado, a via judicial constitui ferramenta legítima de proteção dos direitos fundamentais. A jurisprudência recente tem reiterado o dever do Estado em garantir o acesso a UTIs, mesmo quando for necessário recorrer à rede privada, desde que devidamente justificada a urgência e a ausência de alternativa na rede pública.

Diante das análises realizadas, conclui-se que a efetividade do direito à saúde para pacientes oncológicos em situação crítica exige mais do que a existência de leis e normas: demanda compromisso político, gestão eficiente, alocação adequada de recursos e integração entre os diferentes entes federativos. É fundamental fortalecer o SUS, ampliar a oferta de leitos de UTI, capacitar as equipes de regulação e difundir informações sobre os direitos assegurados por lei, tanto entre os profissionais da saúde quanto entre os usuários do sistema.

Além disso, a promoção de estratégias de cuidado integral e humanizado, incluindo o respeito à autonomia do paciente e o oferecimento de suporte emocional e social, deve ser prioridade em qualquer política pública de saúde voltada a pacientes com câncer. A atenção centrada na pessoa, e não apenas na doença, deve guiar a tomada de decisões administrativas e judiciais, garantindo que o acesso à saúde não seja apenas um discurso jurídico, mas uma realidade vivida na prática por todos os brasileiros, em especial pelos mais vulneráveis.

Portanto, o fortalecimento da saúde pública exige mais do que reformas pontuais: requer uma transformação estrutural e ética, baseada nos princípios da

dignidade humana, equidade e justiça social. Somente com o comprometimento de todos os atores envolvidos: Estado, sociedade civil, instituições de saúde e o próprio Poder Judiciário, será possível superar os desafios identificados e construir um sistema de saúde verdadeiramente universal, eficiente e humano.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo César P.; PERDICARIS, Antônio André M.; GOMES, Roberto. **Prevenção do Câncer**. 2. ed. Barueri: Manole, 2015. E-book. p.3. ISBN 9788578682156. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788578682156/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA (ABRALE). **Estatuto da Pessoa com Câncer é sancionado**. 2021. Disponível em: <https://abrale.org.br/noticias/estatuto-da-pessoa-com-cancer-e-sancionado/>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BARROSO, Luís R. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo - 12ª Edição 2024**. 12. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024. E-book. p.489. ISBN 9788553621132. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553621132/>. Acesso em: 01 mai. 2025.

BELMON, Joaquim de Souza. *et al.* **Atenção da saúde em alta complexidade**. João Pessoa: Periodicojs editora, 2024. *E-book*.

BEZERRA, Maria Valéria. **Análise da utilização da Escala Quick Sequential Organ Failure Assessment para tomada de decisão na regulação de leitos de UTI**. Orientador: Dr. Antônio Higor Freire de Moraes. 2023. 54f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Inovação em Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/a9fa0568-d633-45dc-87de-91ce74babcbce>. Acesso em: 05 mai. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l13105.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021**. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988.** Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

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

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.922, de 6 de julho de 1994.** Acrescenta dispositivo ao art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8922.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.797, de 5 de maio de 1999.** Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 maio 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9797.htm#:~:text=Art.,direito%20a%20cirurgia%20pl%C3%A1stica%20reconstrutiva.&text=de%202023\)%20Vig%C3%Aancia-,Art.,de%20cento%20e%20oitenta%20dias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9797.htm#:~:text=Art.,direito%20a%20cirurgia%20pl%C3%A1stica%20reconstrutiva.&text=de%202023)%20Vig%C3%Aancia-,Art.,de%20cento%20e%20oitenta%20dias). Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Brasília, DF, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 05 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso em Mandado de Segurança n. 76.168 – RJ (2025/0134352-2)**. Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 28 maio 2025. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, 30 maio. 2025. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?num_registro=202501343522. Acesso em: 01 jun. 2025.

CARLESSI, Mariana Mazuco. O tempo de espera do paciente e a responsabilidade do médico: um dano jurídico subestimado. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 8 mar. 2025. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2025-mar-08/o-tempo-de-espera-do-paciente-e-a-responsabilidade-do-medico-um-dano-juridico-subestimado/>. Acesso em: 02 maio. 2025.

CIARLINI, Alvaro Luis de A S. **Direito à saúde – paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição, 1ª edição**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013. E-book. p.29. ISBN 9788502197732. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502197732/>. Acesso em: 01 mai. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 nov. 2016, p. 138–139. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 07 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006. 164 f. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf. Acesso em: 05 mai. 2025.

CORRÊA, A. K.. **O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 32, n. 4, p. 297–301, dez. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vNkRH939JYbTG3cJ4456mrG>. Acesso em: 04 mai. 2025.

COSTA, Manuela Castilho Coimbra; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. **As campanhas educativas contra o câncer**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, p.223-241, jul. 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23935>. Acesso em: 15 abr. 2025.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **As teorias do mínimo existencial e da reserva do possível como retrocessos à efetivação do direito à saúde no Brasil**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 4, n. 3, p.94-115, jul./set. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41390>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CUNHA, Sérgio Sérvulo da. **Princípios constitucionais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2012. E-book. p.8. ISBN 9788502169838. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502169838/>. Acesso em: 01 mai. 2025.

FIGUEIREDO, Iara Veloso Oliveira, et al. **A fundamentação jurídica da judicialização da saúde de pacientes oncológicos em Belo Horizonte**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 14, n. 1, p. 121–135, 2025. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1282/1670>.

Acesso em: 25 mai. 2025.

FILHO, F. P. P; SARTI, F. M.. **Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2981–2990, nov. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BfsR6Z3jzqtXBTWXpVZBqpJ/>. Acesso em: 01 mai. 2025.

GOMES, Fábio de Barros Correia. **Lei sobre tratamento de câncer no SUS: análise dos dispositivos e perspectivas**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 2, n. 1, p. 81-87, jan./jul. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/66602>. Acesso em: 21 abr. 2025.

JÚNIOR, Goffredo da Silva T. **A criação do direito, 3ª edição**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2014. E-book. p.436. ISBN 9788502209077. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788502209077/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito - 1ª Edição 2021**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2021. E-book. p.33. ISBN 9788530994198. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530994198/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

KOZAN, Juliana Ferreira. **Por que pacientes com câncer vão à Justiça? Um estudo sobre ações judiciais movidas contra o Sistema Único de Saúde (SUS) e contra os planos de saúde na Cidade de São Paulo**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-03102019-114604/pt-br.php>. Acesso em: 25 mai. 2025.

LAPIETRA, Felipe Gazetti. **O SUS como conquista histórica e os desafios para o seu financiamento: uma análise crítica**. 2023. Dissertação (Mestrado em Economia Política) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/39522>. Acesso em: 01 mai. 2025.

MARTINS, Catia Paranhos. **Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS**. 2010. 104 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/36f82e07-edae-4d80-bc10-11d2ec6795b1>. Acesso em: 26 mai. 2025.

MEDEIROS, Rodrigo de Souza. **Insuficiência de leitos de UTI: crise do capital e mercantilização da saúde**. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 229-240, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804019/475566804019.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2025.

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39,

n. 106, p. 881–892, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n106/881-892>. Acesso em: 25 mai. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019. 868 p. ISBN 9788580710505. Disponível em: <http://200.18.15.60:8080/pergamumweb/vinculos/000075/00007539.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2025.

OLIVEIRA, Alexsandro Sampaio de. **Sistema Único de Saúde (SUS): Caminhos, Desafios e Perspectivas em Perspectiva Comparada**. Humanidades & Tecnologia (FINOM), v. 30, p. 354–373, jul./set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14051597>. Acesso em: 05 maio. 2025.

OLIVEIRA, Amanda Modesto de. **Na luta pela vida: trajetórias de pessoas com câncer na busca pela efetivação de direitos**. 2018. 209 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico ou Profissional) - Universidade Estadual do Ceará, 2018. Disponível em: <http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=82700>. Acesso em: 27 mar. 2025.

OLIVEIRA, Laura Freitas. **Judicialização do acesso ao tratamento oncológico e efetivação do direito constitucional à saúde: a particularidade do Hospital do Câncer I no segundo decênio do século XXI**. 2021. 235 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/17991>. Acesso em: 27 mar. 2025.

OLIVEIRA, Marlene. Financiamento, gestão e regulação: grandes desafios para a lei que instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Brasil. **Futuro da Saúde**. 11 dez. 2024. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/desafios-no-combate-ao-cancer/>. Acesso em: 25 mai. 2025.

PAVÃO, Ana Luiza Braz. **SUS: em construção ou desconstrução?** RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-3, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16982>. Acesso em 25 abr. 2025.

ROCHA, Mônica Regina Maia da; LEITE, Marcelo Augusto Rebouças. A EFICÁCIA DO ESTATUTO DA PESSOA COM CÂNCER (LEI Nº 14.238/2021): UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE OS DIREITOS E DESAFIOS NO BRASIL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 2120–2134, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i5.19129. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19129>. Acesso em: 20 mai. 2025.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e biodireito**. 6. ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2023. *E-book*.

SANTA CATARINA (Estado). Tribunal de Justiça. 5ª Câmara de Direito Público. **Agravo de Instrumento n. 5078446-83.2023.8.24.0000/SC**, Florianópolis, rel. Des. Hélio do Valle Pereira, j. 26 mar. 2024. Disponível em: https://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/#resultado_ancora. Acesso em: 30 mai. 2025.

SILVA, F. A. DA . et al.. Políticas Públicas de Saúde para o Enfrentamento do Câncer no Brasil: Análise dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1, p. e-144454, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcan/a/jdhBVGsHLnDKr4tMBr4TWsG/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 25 mai. 2025.

SILVA, Francisco Livanildo da. **O direito à saúde e a política nacional de atenção oncológica: uma análise a partir da crescente judicialização dos medicamentos antineoplásicos**. 2012. 315 f. Dissertação (Mestrado em Constituição e Garantias de Direitos) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/ce124846-678e-4729-b516-b583168098ee>. Acesso em: 25 mai. 2025.

TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva; PORTO, Marco Antônio Teixeira; HABIB, Paula Arantes Botelho Briglia. **Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória**. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23906>. Acesso em: 27 abr. 2025.

WEISE, Angélica. Tratamento do câncer no Brasil continua desigual e implementação da nova política segue desafiadora. **Futuro da Saúde**. 15 set. 2024. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/tratamento-do-cancer-no-brasil-oncoguia/>. Acesso em: 25 mai. 2025.