

## DIREITO COLETIVO COMENTÁRIO À JURISPRUDÊNCIA

---

### **GARANTIA DO ACESSO INTEGRAL À SAÚDE NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA**

LUCIANO MOREIRA DE OLIVEIRA

Promotor de Justiça do Estado de Minas Gerais, Especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Professor universitário.

Contato: luciano\_lmo@ig.com.br

O estudo da integralidade nas políticas de saúde voltadas para a atenção oncológica reveste-se de grande relevância no âmbito da saúde pública e do Direito Sanitário. Isso porque se examina o conjunto de ações e serviços com enfoque no usuário com câncer, denominação ampla e que contempla um número aproximado de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes espécies, mas responsáveis por 17% dos óbitos por causas conhecidas. Trata-se, com isso, da segunda causa de morte da população. (BRASIL, 2009).

Em que consiste a atenção integral ao usuário do Sistema Único de Saúde – SUS – com câncer? Qual a política pública existente para atender esse grupo de pessoas? Quais são os responsáveis pela atenção integral ao paciente com câncer? Esses são alguns dos questionamentos que se pretende responder a seguir.

A análise do tema central desta exposição – integralidade na oncologia e definição de responsabilidades – exige que se estabeleça, inicialmente, uma definição de integralidade que possa servir de referência para as discussões que serão travadas logo a seguir. Isso porque o princípio em exame, sobretudo no âmbito da análise jurídica, é polissêmico e objeto de imprecisões e distorções que podem conduzir a equívocos.

Pode-se afirmar que a integralidade é um princípio tridimensional. O primeiro viés de significado, que se pode qualificar por horizontal, extrai-se do art. 196 da CR/88. Refere-se ao acesso universal e igualitário (leia-se equitativo) às ações e serviços para *promoção, proteção e recuperação da saúde*. Em segundo lugar, acompanhando a parte final do art. 7º, II, da Lei nº 8080/90, integralidade implica acesso a um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em *todos os níveis de complexidade do sistema*. Aqui, pode-se definir integralidade sob perspectiva vertical, já que o usuário deve ter disponíveis ações e serviços dos diferentes graus de complexidade ou especialidade, ou seja, atenção primária, secundária e terciária. Finalmente, a integralidade exige ainda a mudança de olhar no cuidado do indivíduo, impondo-se acolhida humanizada e abordagem holística, que se contrapõe ao cuidado fragmentado e com enfoque na doença.

De todo modo, a visão ampla de integralidade que foi acima exposta não permite a conclusão de que atenção integral significa a disponibilidade de toda e qualquer forma de tratamento (medicamentos e procedimentos) para os indivíduos, interpretação essa que foi nominada por Gilson Carvalho (2005) de *integralidade turbinada*. Na verdade, a integralidade deve ser orientada pelas necessidades individuais e coletivas, demonstradas com base em indicadores epidemiológicos e evidências científicas. Trata-se de integralidade regulada e que assegure acesso resolutivo à saúde (art. 7º, XII da Lei nº 8080/90).

Corroborando o que se vem de expor, salienta-se que o Ministro Gilmar Mendes, em voto proferido no julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada – STA – nº 175, mesmo reconhecendo a existência de direito subjetivo à saúde, ressaltou que este não tem caráter absoluto e não existe independente da política pública que o concretize. Entretanto, o pedido de prestação que implique o cumprimento de política pública já existente não interfere na discricionariedade do gestor público, sendo possível afirmar categoricamente a existência de direito subjetivo.

Nessa linha, é possível afirmar, ademais, que a Constituição estabeleceu prioridade *prima facie* em favor da concretização do acesso à

saúde por via coletiva e mediante políticas públicas (art. 196), razão pela qual há necessidade de maior carga de argumentação para se obter prestações para além ou de forma diversa do previsto nas mesmas.

Feitos os esclarecimentos iniciais, deve-se destacar que o Brasil conta com Política Nacional de Atenção Oncológica, prevista na Portaria GM/MS nº 2439, de 8 de dezembro de 2005, atualmente ratificada pelo regulamento do SUS (Portaria GM/MS nº 2048, de 3 de setembro de 2009). Pretende-se

desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades (art. 2º, I).

É possível concluir que o objetivo da Política Nacional de Atenção Oncológica é assegurar atendimento integral ao usuário. Aliás, são componentes da referida política pública ações de promoção, vigilância, atenção básica, média e alta complexidade. Além disso, exige-se o fomento à educação permanente e à capacitação dos recursos humanos, bem como à pesquisa em saúde.

Pode-se perceber que o êxito da Política Nacional de Atenção Oncológica depende da profícua atuação dos entes que compõem os três níveis da federação, já que envolve competências a serem desincombidadas por todos eles.

Relativamente ao *tratamento* do câncer, questão afeta à alta complexidade em saúde (atenção terciária), ressalta-se, inicialmente, que existem três formas de tratamento: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. (BRASIL, 2010). Atualmente, o tratamento das neoplasias malignas utiliza-se, em geral, das três possibilidades coordenadamente, razão da qual decorre a necessidade de se assegurar a assistência integral ao usuário em centros que disponham de capacidade técnica para prestar assistência resolutive.

Nesse sentido, a política pública para enfrentamento do câncer definiu as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) como responsáveis pela assistência integral à saúde de alta complexidade para os usuários do SUS. Pode-se afirmar que o paciente oncológico, dada a complexidade da doença e de seu tratamento, é altamente institucionalizado e dependente de atenção multiprofissional e esquema terapêutico contínuo e rigorosamente controlado.

Atualmente, as específicas características da doença em questão e seu tratamento fizeram com que o Estado permitisse às unidades de saúde grande liberdade na adoção de esquemas terapêuticos, razão pela qual a escolha de medicamentos é livre pelo médico assistente dentro das disponibilidades dos CACONs e UNACONs. Tais esquemas devem, contudo, ser submetidos e aprovados pelo gestor responsável.

Diante da política projetada para assistência aos usuários do SUS com câncer, é preciso fazer um recorte para se tratar da responsabilidade dos entes públicos e dos prestadores de serviço credenciados como CACONs e UNACONs.

Antes disso, contudo, deve-se lembrar que o câncer é a segunda causa de morte no Brasil e em Minas Gerais. De outro lado, dados hospitalares estaduais revelam que cerca de 60% dos casos de câncer tratados nos hospitais de referência são passíveis de prevenção e detecção precoce. Apresentam alta incidência o câncer de próstata (homens); de mama e de colo uterino (mulheres); e de pele (ambos os sexos).<sup>1</sup>

Mesmo diante dessa realidade, em apenas 43,5% dos casos os usuários chegaram aos serviços de alta complexidade na condição ideal de assistência prévia. Em 31,1% dos atendimentos, os usuários não dispunham de diagnóstico e/ou tratamento.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Informações sobre neoplasias no Estado de Minas Gerais. Dados obtidos junto à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco. GVE/SE/SVS/SUSMG.

<sup>2</sup> Idem.

De outro lado, dados sobre a assistência aos pacientes com câncer no Estado de Minas Gerais demonstram que, em 24,9% dos casos, não se dispensou a assistência integral devida, isto é, diagnóstico e tratamento, o que revela a necessidade de questionamento acerca da resolutividade dos serviços de alta complexidade.

Os dados acima expostos demonstram a necessidade de intervenções na rede de atenção ao usuário com câncer visando a melhoria dos serviços ofertados, já que as condições acima relatadas interferem decisivamente na efetividade do tratamento.

Neste ponto, evidencia-se a necessidade de melhoria no atendimento de atenção primária e de média complexidade, seja no que concerne às ações de prevenção, seja no tocante ao diagnóstico precoce da doença. Assim, é clara a responsabilidade do Poder Público em proporcionar condições ao usuário para acesso adequado a serviços de assistência e diagnóstico, bem como à assistência de alta complexidade.

De outro lado, é necessário ressaltar que eventual prescrição de uso de medicamento por médico assistente deve ser dispensada pelo respectivo CACON ou UNACON que integra, não cabendo ao Poder Público o ônus de tal terapia, sob pena de se ferir o disposto no art. 7º, XIII, da Lei nº 8080/90 e de enriquecimento ilícito pela respectiva unidade de saúde. Aliás, é sabido que, quando a iniciativa privada participa do SUS, submete-se aos princípios deste, dentre eles a integralidade, como estabelece o art. 199, §1º, da CR/88.

Outra consequência relevante da política pública adotada é a impossibilidade, como regra, de se obter acesso a determinados insumos ou procedimentos de forma autônoma ou fragmentada em relação à proposta de cuidado do SUS. Esclarecendo: o usuário deve aderir ao tratamento disponibilizado pelo SUS e recebê-lo integralmente, devendo-se evitar o acesso a este ou aquele medicamento ou procedimento prescrito por seu médico assistente, não integrante de um CACON ou UNACON, sob pena de a iniciativa privada utilizar o SUS de forma complementar, invertendo-se a lógica do sistema.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> O referido entendimento encontra acolhida no TJMG: “FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - PACIENTE PORTADOR DE LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA - EXISTÊNCIA

Finalmente, mesmo que seja realizado o credenciamento de CACONS e UNACONS, o Poder Público não se desincumbe de seu dever de prestar a assistência à saúde dos usuários do SUS com câncer. Permanece responsável pela saúde da população (art. 196 da CR/88), cabendo-lhe, pois, a regulação, a fiscalização e controle do setor. Deve, com isso, assegurar o atendimento de alta complexidade, podendo ser alvo de ação coletiva quando deficiente o serviço prestado por algum credenciado e ser acionado subsidiariamente em juízo em demandas por terapias.

### Referências bibliográficas

ALEXY, Robert. Sistema jurídico, principios jurídicos y razón práctica. Tradução Manuel Atienza. *Cuadernos de Filosofía del Derecho*, n. 5, p. 139-151, 1988. Disponível em: <[http://bib.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/public/12471730982570739687891/cuaderno5/Doxa5\\_07.pdf?portal=4](http://bib.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/public/12471730982570739687891/cuaderno5/Doxa5_07.pdf?portal=4)>. Acesso em: 28 out. 2007.

ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

---

DE CACONS (CENTROS DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA) - DESCARACTERIZAÇÃO DA OBRIGAÇÃO DO ESTADO. O art. 196 da CR/88 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e ainda dispõe que deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, não podendo o Judiciário impor medidas que possam dificultar essas políticas públicas, não podendo fazer prevalecer o direito individual em prejuízo do coletivo. Se o SUS disponibiliza atendimento próprio para portadores de moléstias oncológicas - por intermédio dos CACONS - Centros de Assistência de alta complexidade em Oncologia -, não é admissível que seja obrigado o Estado a fornecer medicamento e tratamento sem que, antes, fique caracterizada a ineficiência dos remédios e tratamentos que são disponibilizados por aqueles programas". (TJMG – Apelação nº 1.0024.08.134526-6/001 - Relatora: Vanessa Verdolim Hudson Andrade – Julgamento: 06/10/2009. DJ, 27/10/2009).

Poderia o paciente, usuário de plano de saúde, demandar em face deste para ter acesso à quimioterapia, ainda que se trate de medicamento via oral, utilizado no âmbito domiciliar, como já acolheu a jurisprudência: "AGRAVO REGIMENTAL - AGRAVO DE INSTRUMENTO - NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECUSA DE COBERTURA DOS MEDICAMENTOS CORRELATOS AO TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA, MINISTRADOS EM AMBIENTE DOMICILIAR - IMPOSSIBILIDADE - ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA RESTRITIVA - VERIFICAÇÃO - AGRAVO IMPROVIDO". (STJ - AgRg no Ag 1137474/SP - Relator: Ministro Massami Uyeda – Julgamento: 18/02/2010. DJe 03/03/2010). Igualmente: TJMG, Agravo de instrumento nº 1.0035.08.123782-4/001(1) - Relatora: Márcio de Paoli Balbino. Julgamento: 03/07/2008. DJ, 22/07/2008. TJMG, Apelação nº 1.0145.08.500330-2/004(1) - Relator: Luiz Carlos Gomes da Mata. Julgamento: 07/10/2010. DJ, 26/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Regulação, Avaliação e Controle / Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *Manual de bases técnicas da oncologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. *Saúde em Debate*, v. 29, p. 99-104, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque92.doc>> Acesso em: 13 jun. 2008.

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

GALUPPO, Marcelo Campos. Princípios jurídicos e a solução de seus conflitos: a contribuição da obra de Alexy. *Revista da Faculdade Mineira de Direito*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 134-142, 2. sem. 1998.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). *Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 11-53.