

**CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA – ASCES/UNITA**  
**BACHARELADO EM DIREITO**

**O DIREITO À SAÚDE EM FACE DA PRECARIIDADE DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO PACIENTE COM CÂNCER**

**JAÍNE FERREIRA DA SILVA**

**CARUARU**

**2018**

**JAÍNE FERREIRA DA SILVA**

**O DIREITO À SAÚDE EM FACE DA PRECARIIDADE DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO PACIENTE COM CÂNCER**

Versão parcial do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Professor Msc. Darci de Farias Cintra Filho como requisito para obtenção do grau de **Bacharel em Direito**.

**CARUARU**

**2018**

## RESUMO

O câncer é uma enfermidade que tem crescido de forma alarmante nos últimos anos no Brasil e no mundo. Sendo uma doença grave, demanda do Estado políticas públicas que efetivem o direito à saúde que deve ser garantido a todos, dessa forma, o presente trabalho busca analisar a forma como o direito à saúde tem sido assegurado aos portadores de câncer. Tanto o sistema organizacional da Política Nacional de Atenção Oncológica, como as legislações envolvidas que visam assegurar que esse direito seja efetivado ao portador de Neoplasia Maligna serão levados em consideração durante a produção desse artigo, não menos importante, será feita menção como base de análise à Auditoria Operacional realizada pelo TCU em 2010/2011 para que seja percebido como está o atual cenário no que compreende ao funcionamento das políticas públicas implementadas pelo estado com a finalidade de ofertar um tratamento de forma universal e igualitária à população brasileira. O método utilizado para a produção deste artigo foi o quanti-qualitativo e dedutivo.

**Palavras-chave:** Direito. Saúde. Auditoria. Câncer.

## **ABSTRACT**

The cancer is a disease that has grown alarmingly in recent years in Brazil and the world. As a serious disease, it demands from the State public policies that certify the right to health, which must be guaranteed to all. In this way, this study aims to examine how the right to health has been secured to patients with cancer. Both the organizational system of the National Cancer Care Policy and the legislation involved to ensure that this right is enforced to the carrier of Malignant Neoplasm will be taken into account during the production of this article. Last but not least, it will be mentioned as a basis for analysis to the Operational Audit conducted by the TCU in 2010/2011 to be perceived as the current scenario in which comprises the operation of public policies implemented by the State in order to offer a treatment form that is universal and equal to the Brazilian population. The method used to produce this article was quantitative and qualitative.

**Key Words:** Right. Health. Audit. Cancer.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. O DIREITO À SAÚDE E LEGISLAÇÕES SOBRE O PORTADOR DE CANCER</b>	<b>5</b>
<b>2. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FUNCIONAMENTO DA REDE ONCOLÓGICA .....</b>	<b>9</b>
<b>3. A AUDITORIA DO TCU DE Nº 2843/2011, SUGESTÕES DADAS NESTA QUE FORAM ATENTIDAS OU NÃO, E DADOS ESTATÍSTICOS MAIS RECENTES .....</b>	<b>10</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>21</b>

## INTRODUÇÃO

Com o aumento da incidência do câncer no Brasil, sendo este a segunda maior causa de óbitos do país, há uma maior atenção voltada para a forma como essa realidade tem sido enfrentada pelos responsáveis pela Política Nacional de Oncologia. Dada a grande repercussão a respeito da oferta do tratamento em veículos de informação, alertando sobre realidades vividas nos hospitais, surge a necessidade de uma observância e filtração quanto à veracidade dessas informações.

O propósito do presente trabalho é discorrer sobre como o tratamento é ofertado pelo Estado através do Sistema Único de saúde para o paciente portador de neoplasia maligna. Conforme consta no site do INCA, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as mortes por câncer aumentaram 31% desde o ano de 2000, alcançando assim um total de 223,4 mil mortes por ano, de 2000 à 2015.

Só é possível conseguir identificar as causas, ou, as formas como o problema tem sido enfrentado no Brasil quando dispõe-se a estudar sobre a política instituída. Desta forma, pesquisas foram realizadas para perceber o atual cenário da Política Nacional de Atenção Oncológica tendo como base para o estudo a Auditoria TC 031.944/2010-8 realizada pelo TCU em 2011. O objetivo do presente trabalho é analisar os direitos assegurados aos pacientes com câncer tendo por base a garantia do direito à saúde, o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, por serem imprescindíveis à produção, e observar a efetivação da política nacional de câncer no que tange a forma como ela tem sido prestada. Será utilizada auditoria operacional do Tribunal de Contas, vez que foi realizada no ano de 2011 com a finalidade de monitorar a política nacional de atenção ao câncer. São utilizados artigos científicos, doutrinas, leis, o site do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional do câncer; e em menor parte, sites que falem sobre o câncer.

### **1. O DIREITO À SAÚDE E LEGISLAÇÕES SOBRE O PORTADOR DE CANCER**

O direito à saúde – direito social de segunda dimensão – foi reconhecido apenas como um direito fundamental na Constituição Federal de 1988. As maiores características trazidas pela CF/1988 foi a universalidade e a equidade do serviço prestado, vez que antes não eram características presentes na garantia do direito à saúde. Até meados dos anos 1970 (setenta), havia uma bipartição na prestação do serviço à saúde, sendo ela prestada por meio de: ações e

serviços de saúde pública e ações e serviços assistenciais. As ações de saúde pública eram concedidas a todos, sem que fosse preciso desembolsar valor algum para custeamento, em contrapartida, o acesso ao serviço de assistência médica era inerente àqueles que possuíam condições financeiras ou eram beneficiários da Previdência Social. No ano de 1984 surgiram as AIS – ações integradas de saúde –, através delas os gestores estaduais e municipais passaram a gerir unidades de saúde, de forma que pudessem oferecer prestação do serviço de saúde para sua população. As AIS possibilitaram um grande número de acesso à saúde – conforme evidencia o Ministério da Saúde, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 43): “Com a estratégia das ações integradas a cobertura dos serviços de saúde no Brasil aumentou muito: as ações integradas de saúde alcançaram 664 municípios, que correspondiam a cerca de 70% da população brasileira.”

Por meio do disposto na Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se o SUS (sistema único de saúde) e como consequência, houve a necessidade de uma lei regulamentadora do Sistema Único de Saúde – o que daria vida ao disposto no papel – e isso aconteceu no ano de 1990, através da Lei 8.080. Em seu Art. 2º, a lei vem reiterar o disposto na Constituição Federal: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990).

O SUS é considerado no mundo, um dos maiores sistemas públicos de saúde. Ele visa a prestação do direito à saúde desde a necessidade de uma medicação para febre, aferição de pressão, até o transplante de órgãos e tratamento de doenças crônicas, ou seja, o Sistema Único de Saúde atua desde a situação mais simples, às mais graves, desde a prevenção de doenças até o tratamento e manutenção da saúde. O SUS tem princípios que o rege, sejam eles: Universalidade, equidade e integralidade. A universalidade parte da premissa de que o direito à saúde é inerente a toda e qualquer pessoa (independente de cor, raça ou classe social), o tornando desta forma, um direito com característica universal, devendo assim, o sistema que o garante, ser da mesma forma. A equidade, amplamente descrita pela massa, é princípio que visa diminuir as desigualdades, vez que, embora todos possuam direito aos serviços, as pessoas são distintas e conseqüentemente as suas necessidades também; de forma sucinta, igualdade é tratar os iguais de forma igual, e os desiguais a medida de sua desigualdade. Aplicando esse princípio como norte do SUS, equivale a dizer que deve haver um maior investimento onde a necessidade é maior. A integralidade traz a noção de cuidar do ser humano por completo, em seu sentido integral (total), tornando inerente à garantia da saúde, que ela seja prestada na sua forma mais completa possível, atuando desde a prevenção das doenças, como em seu tratamento, reabilitação e manutenção, requerendo assim do Poder Público, uma imensa articulação com

políticas públicas associadas a saúde, de forma a assegurar uma atuação intersetorial nas diversas áreas que tenham reflexos na garantia deste direito.

O direito a saúde é direito inerente a toda pessoa humana, e deve ser garantido de forma integral, suficiente e satisfatória pelo Estado, conforme preconiza o Art. 196, CF: “A saúde é direito de todos e **dever** do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso **universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

É absolutamente impossível tratar do direito à saúde sem que se perceba e ressalte o quão entrelaçado este está ao Princípio da Dignidade humana, contido no art.1º, inc. III, CF; Sarlet descreve de forma precisa o que este princípio representa quando diz:

Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover a sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2007, p.62)

De forma precisa, Sarlet inclui como algo inerente a garantia da dignidade da pessoa humana, que sejam garantidas condições mínimas para uma vida saudável, vez que, é totalmente impossível ter o seu direito à saúde e a dignidade da pessoa humana protegido quando se está acometido por enfermidade da qual não há oferta do tratamento necessário para que sua saúde seja reestabelecida, ou, que quando ofertado, o seja de forma insuficiente, inadequada, intempestiva.

Ora, o Direito à Saúde é também diretamente ligado ao direito à vida, vez que, se o direito à saúde não for garantido de forma integral, poderá trazer consequências para a vida do paciente, que podem se estender até a morte. Diante disso, forma na Obra “Comentários à constituição de 1988” Zambonni APUD Cretella, 2010, pág. 4.331:

[...] nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, **como o da saúde**, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a **própria existência do indivíduo e, nos casos**



**mais graves, a causa determinante da morte.** Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.

O direito à vida, saúde e a dignidade da pessoa humana é um conjunto de direitos que devem ser prestados de forma adequada, vez que a má prestação de um, ferirá diretamente a qualidade da garantia do outro.

Há um grande número de doenças, as quais exigem do Estado a prestação de um serviço especializado, e essa prestação envolve não apenas o pronto atendimento em um hospital ou posto de saúde, mas também o incentivo científico em busca de medicamentos que possam solucionar casos e trazer uma possibilidade de sobrevivência dos pacientes, centros especializados e médicos capacitados (especializados), uma delas é o Câncer.

Para o biênio 2018-2019 o INCA afirma que há uma estimativa de 600 mil novos casos de câncer no Brasil. O Câncer é a doença responsável pelo segundo maior número de mortes no Brasil (segundo a Organização Mundial de Saúde as mortes por câncer aumentaram em 31% desde o ano de 2000), sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares, a expectativa é que isso seja invertido, vindo a câncer então a ocupar o primeiro lugar como a doença que mais mata nas próximas décadas.

No Brasil, há uma política própria para tratamento de câncer, Legislações e Portarias que tratam com exclusividade o sistema de funcionamento para prevenção e tratamento da doença.

A Portaria nº2.439 /GM, instituiu a Política Nacional de Câncer que visa a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A Lei 12.732/2012, amplamente conhecida como a “Lei dos sessenta dias”, versa sobre o primeiro tratamento ofertado ao portador de neoplasia maligna após o diagnóstico, determinando que esse tratamento deve ser oferecido obrigatoriamente em período de tempo de até 60 (sessenta) dias, nunca em período de tempo superior.

Há outras inúmeras portarias, que versam sobre medicamentos para portadores de câncer etc, mas que não se fazem necessárias para tal estudo. Desta forma, o direito a saúde, o direito a vida (visto que sem saúde o direito à vida é imediatamente prejudicado), o princípio da dignidade da pessoa humana, a legislação e a portaria citada anteriormente serão amplamente utilizados no decorrer do presente trabalho.

## **2. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE FUNCIONAMENTO DA REDE ONCOLÓGICA**

Bem sabe-se que para que um Sistema funcione, ele necessita ser bem elaborado e suas tarefas bem divididas e determinadas, sendo assim, de outra forma não poderia ser com o Sistema Único de Saúde, ou seja, dada a demanda e o crescimento de casos de Câncer, houve a necessidade de uma organização para que esse serviço pudesse vir a ser efetivo e funcionasse de forma satisfatória, gerando resultados positivos no que tange a à prevenção e ao tratamento (que inclui várias etapas).

O funcionamento da atenção oncológica está diretamente ligado à Secretaria de Atenção a Saúde (SAS), área que é mais especificamente abordada pelo Departamento de Atenção Especializada (DAE), a Atenção Especializada é: “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). As ações de política oncológica ficam sob responsabilidade da Coordenação Geral de Média e Alta complexidade, que é parte integrada da DAE.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), é agregado à Secretaria de Atenção a Saúde, e compete a este instituto criar e executar programas nacionais para o enfrentamento da moléstia, realizar estudos na área oncológica visando a descoberta de possíveis soluções para a doença e formas de garantir uma maior qualidade de vida àqueles que enfrentam o tratamento, bem como formar recursos humanos. O INCA, como consta em seu site oficial, ainda presta serviços assistenciais de forma direta aos portadores de câncer, por meio dos 04 (quatro) Hospitais do Cancêr (I, II, III, IV).

Dada a necessidade de descentralização do serviço prestado - para garantir uma forma mais específica e conseqüentemente eficiente do tratamento que é ofertado - , os Gestores Estaduais (Secretário de Saúde do Estado) ficam responsáveis pela política de alta complexidade em seu Estado, mas, nos casos de haver municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, que é o meio pelo qual determinado município recebe recursos federais para custear a assistência no seu território, tornar-se-ão estes responsáveis pela oferta do serviço de alta complexidade em sua cidade.(TCU, 2011)

A rede de atenção oncológica é formada pelos UNACONS e CACONS, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, respectivamente. Cada hospital que oferta tratamento para câncer

é selecionado (caracterizado) como Cacons ou Unacons a depender do tipo específico de serviço/tratamento prestado a sociedade. Os Unacons são:

Hospitais que possuem condições técnicas, instalações, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência de alta complexidade para a realização de diagnóstico definitivo e tratamento dos tipos de câncer mais prevalentes no Brasil e deve contar com, no mínimo, Serviço de Cirurgia Oncológica e Serviço de Oncologia Clínica. (TCU, 2011)

O Cacons são:

Hospitais que apresentam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos apropriados para a prestação de assistência especializada de alta complexidade, que envolva o diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer. Ademais, os Cacons devem, obrigatoriamente, contar com serviços de cirurgia oncológica, oncologia clínica radioterapia e hematologia. (TCU, 2011)

Há ainda o CRACON (Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia) e apenas o INCA (Instituto Nacional do Câncer) é considerado um. (TCU, 2011)

Os serviços isolados são considerados como os hospitais que atuam de forma complementar aos anteriormente citados, com a prestação de serviços de quimioterapia e radioterapia; alguns outros hospitais foram habilitados a realizarem cirurgias oncológicas.

### **3. A AUDITORIA DO TCU DE Nº 2843/2011, SUGESTÕES DADAS NESTA QUE FORAM ATENTIDAS OU NÃO, E DADOS ESTATÍSTICOS MAIS RECENTES**

Sabe-se que por tratar-se de moléstia grave, o câncer é doença que demanda do estado não apenas políticas públicas, políticas públicas que implicam elevado custo, afinal, os valores demandados para aquisição de quimioterapias, radioterapias, cirurgias para retirada de tumores e reconstrução (às vezes necessária) são de grande vulto. Acontece que, um organismo só pode funcionar se suas necessidades e obrigações forem delegadas às pessoas (que compõem esse organismo) de forma correta, eficiente e específica. Em meados dos anos 2009-2010, segundo o Instituto Nacional de Câncer, o câncer já era a segunda doença que mais causava óbitos no Brasil, como consequência lógica, decorre dessa realidade crescente, o aumento de gastos federais com tratamentos hospitalares e ambulatoriais. No ano de 2008 os valores demandados chegaram a R\$1,48 bilhão, e em 2010 esse valor superou R\$1,92 bilhões. (TCU,2011)

Dada a necessidade crescente por diagnósticos e tratamentos, tornou-se de extrema necessidade a organização da rede de assistência oncológica, de forma que esta fosse capaz de possibilitar a cobertura do atendimento, bem como sua ampliação. Um relatório operacional, realizado na Função Saúde (TCU, 2009), que tinha finalidade de subsidiar fiscalizações à área da saúde, expôs deficiências na Política Nacional de Atenção Oncológica. A política Nacional de Atenção Oncológica foi estabelecida em 08/12/2005 por meio da portaria do Ministério da Saúde de nº2.439, que foi revogada em 16/05/2013 pela portaria do Ministério da Saúde de nº874. A Política Nacional de Atenção Oncológica visa a promoção da saúde, a possibilidade de diminuição da incidência de alguns tipos de câncer e uma melhor qualidade de vida aos usuários do sistema de oncologia do Brasil, através da prevenção, detecção precoce, tratamentos e cuidados paliativos. Ela é implementada e articulada entre: Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Como consequência ao percebido no relatório operacional da Função Saúde, a Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), propôs que uma auditoria operacional fosse realizada para avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica. Tal fiscalização veio a ser autorizada pelo Exmo. Ministro José Jorge. A realização da Auditoria se deu no Ministério da Saúde (MS), na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no Instituto Nacional de Câncer (INCA).

A auditoria (TCU, 2011) visava perceber se a rede oncológica possibilitava ao portador de câncer um acesso tempestivo e igualitário, no que diz respeito a diagnóstico, tratamento e condutas terapêuticas (perceber se os tipos de tratamento disponibilizados estavam sendo atualizados de forma periódica).

Na auditoria, foi percebido que a estrutura da Rede Nacional de Atenção Oncológica não tem possibilitado o acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento de forma tempestiva e equitativa. Dentre as deficiências apontadas na política supramencionada, segundo relatório de José Jorge (2011), relator da auditoria: “Destacam-se as seguintes: insuficiência da estrutura da rede de atenção em oncologia, insuficiência ou inoperância dos equipamentos, inadequação da estrutura para o acolhimento e tratamento dos pacientes e insuficiência de recursos humanos.”.

De acordo com o levantamento feito para perceber a capacidade instalada e da produção da rede oncológica, elaborado pelo Instituto Nacional de Câncer, foi constatada a existência de um déficit estimado de 135 aparelhos radioterápicos ou unidades de atendimento. Haviam àquela época, estados como Amazonas, Maranhão e Rondônia com déficit de mais de 50% das necessidades, bem como o Amapá e Roraima, onde sequer haviam serviços de radioterapia. Ressalta-se que o índice de falta do serviço deve ser ainda maior, vez que o INCA

não contabilizou os estabelecimentos que tiveram a oferta do serviço interrompida. As justificativas para essa realidade foram absurdas, vez que, são elas: demora na realização de consertos dos equipamentos danificados, atrasos na instalação de equipamentos, que segundo disposto na auditoria, chegam a ficar encaixotados por um longo período de tempo, como foi o caso do Hospital Universitário em Brasília, que por cinco anos manteve equipamentos radioterápicos encaixotados (TCU 2011 APUD MADER 2009). Ficou verificado que no ano de 2010 apenas 65,9% da demanda para radioterapia foi coberta. (TCU,2011)

Na ata de reunião do Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer (Consinca), em 13/04/2005, constava que haviam mais de 100 mil pessoas que não possuíam acesso ao tratamento de Radioterapia em razão do déficit de equipamentos necessários: “[...] mais de 100 mil pessoas ficam sem tratamento, em função do ‘deficit’ de equipamentos, que evoluem para cuidados paliativos, fora de possibilidade de tratamento, precisando de outros cuidados que vão onerar ainda mais a União [...]” (CONSELHO CONSULTIVO DO INCA, 2005). Após quatro anos, na ata de reunião do Conselho Consultivo do INCA, a informação foi de que cerca de 90 mil pessoas permaneciam sem acesso ao tratamento radioterápico.

Diante do exposto sobre os equipamentos de radioterapia, presume-se que como consequência, há uma prestação do serviço de forma não tempestiva, vez que, não há número de equipamentos suficientes. As análises quantitativas realizadas na Auditoria, vêm corroborar com o presumido, pois demonstram que a oferta dos tratamentos na área oncológica não têm sido feita de forma tempestiva, conforme consta no corpo do texto da mesma:

O resultado da análise dos dados das Apacs de quimioterapia e radioterapia indicou que o tempo médio de espera entre a data do diagnóstico e o início dos tratamentos foi de 76,3 e 113,4 dias, respectivamente. Apenas 15,9% dos tratamentos de radioterapia e 35,6% dos de quimioterapia iniciaram-se nos primeiros 30 dias. Pelos dados do RHC de São Paulo de 2009, o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 46,6 dias e apenas 52,4% dos tratamentos foram iniciados em 30 dias. Os dados do RHC do Inca de 2007, por sua vez, evidenciam que o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 70,3 dias e que, somente, 38,4% dos tratamentos foram iniciados nos primeiros 30 dias. (TCU, 2011)

Também fora analisada a efetividade do tratamento por meio de cirurgias oncológicas, que tem como base um número médio de 550 cirurgias a cada 1000 pacientes diagnosticados. O resultado obtido evidenciou que no ano de 2010 os hospitais habilitados realizaram apenas 85.536 cirurgias, e isso equivale a apenas 34,5% da demanda dirigida ao SUS. A quantidade estimada de cirurgias era de 152.428.

Ressalta-se que durante pesquisa de campo inerente à auditoria, os gestores dos hospitais e secretarias de saúde relataram haver dificuldades para que os pacientes conseguissem acesso as cirurgias oncológicas que das quais necessitavam: Os gestores dos estados de Santa Catarina e das cidades de Salvador (BA) e São Luís (MA) informaram a existência de filas para a realização 35 das cirurgias oncológicas. Gestores entrevistados no estado do Pará e no município de Salvador também mencionaram que encontram dificuldades para a realização de procedimentos cirúrgicos, especialmente de cabeça e pescoço. Além disso, gestores hospitalares de hospitais visitados nesses estados, Bahia, Maranhão, Pará e Santa Catarina, assim como no Distrito Federal, informaram a existência de demanda reprimida para a realização de cirurgias oncológicas. (TCU, 2011). A causa para tal realidade é identificada como investimentos governamentais insuficientes para tornar a rede de atenção oncológica estruturada de forma adequada para poder atender às necessidades dos pacientes.

Quanto à tempestividade referente ao início do tratamento, após diagnóstico, tem-se que, em relação à quimioterapia, o tempo média de espera foi de 76,3 dias e que apenas 35% dos pacientes que foram inclusos para essa análise conseguiram ter seus tratamentos iniciados nos 30 dias subsequentes ao diagnóstico. Em relação a radioterapia, o tempo médio foi de 114 dias para iniciar-se o tratamento após diagnóstico e apenas 15,9% conseguiram iniciar no prazo de 30 dias desde o diagnóstico.

De acordo com os dados obtidos na auditoria o tempo médio de espera para início de tratamento foi de 70,3 dias e somente 34,8% dos pacientes iniciaram o tratamento dentro de um prazo de 30 dias a contar do diagnóstico. Para 88% dos médicos que participaram da pesquisa realizada pelo Tribunal de Contas da União por meio de correio eletrônico, um dos maiores problemas identificados no tratamento oncológico diz respeito ao tempo demandado para alcance de um diagnóstico preciso, bem que, o tempo demandado diz respeito à espera para conseguir realizar exames ou procedimentos inerentes à descoberta do diagnóstico. Para 75,5% dos oncologistas, a segunda maior dificuldade diz respeito à demora do início do tratamento.

Um ponto que também deve ser levado em consideração, é a insuficiência de médicos capacitados/especializados. A deficiência no número de médicos patologistas contribui para o atraso na divulgação de resultados de exames, e foi uma das carências citadas por 58,9% dos médicos entrevistados. Essa é uma realidade que afeta à promoção da saúde e à prevenção do câncer, principalmente porque é indispensável que hajam médicos capacitados a perceber estranhezas, sintomas, circunstâncias que contribuem para ao diagnóstico. Se observado, o tratamento oncológico começa desde a atenção básica de saúde. Os postos de saúde atuam com famílias de determinados bairros. Os agentes de saúde visitam as famílias e fazem

questionamentos periódicos a respeito da saúde daqueles que compõem aquele agrupamento familiar. E tudo começa aí. Desde que hajam serviços de atenção básicas prestados de forma correta, a chance de diagnóstico de câncer em estágio inicial é muito maior. O tratamento para câncer, começa com sua prevenção, e para isso são indispensáveis exames periódicos e assistência médica, dessa forma, é necessário que haja um preparo na atenção primária para que os casos de câncer sejam percebidos ainda em estágios iniciais e sejam indicados à atenção especializada. No decorrer da auditoria, foram percebidos também, deficiências na atenção primária. A deficiência na atenção primária de saúde, implica diretamente na chance de sobrevida dos pacientes, vez que, refletem um diagnóstico tardio da doença. De acordo com a análise das Apacs em 2010, 60,5% dos pacientes foram diagnosticados em estágio avançado da doença, nível 3 e 4. (TCU,2011)

Na auditoria, para obtenção de dados, e para conseguir ter a noção do panorama nacional, o Tribunal de Contas da União realizou pesquisa por meio de correio eletrônico com médicos oncologistas atuantes no Brasil, em todos os estados. Nos questionários enviados, grande parte dos médicos classificou como “demorados ou excessivamente demorados” o tempo demandado para que exames e tratamentos oncológicos fossem realizados. Ainda afirmaram 82,1% deles, que existem exames para diagnóstico e 84,8% que há condutas terapêuticas que são validadas pela comunidade científica e tratamentos importantes que não são ofertados no Sistema Único de Saúde. Cerca de 66,9% dos médicos participantes da pesquisa, classificaram como “inadequada” a sistemática utilizada atualmente para a atualização das condutas terapêuticas utilizadas na oncologia.

Diante do que foi verificado na auditoria, concluiu-se que:

[...]os investimentos governamentais e os mecanismos existentes para a estruturação da rede de atenção oncológica para atender a demanda por tratamento não têm sido suficientes. Essa situação acaba inviabilizando o acesso aos tratamentos de câncer para contingentes consideráveis da população brasileira que dele necessita. (TCU,2011)

Diante do que foi constatado no decorrer da auditoria no Acórdão 2843/2010.8 fora recomendado e determinado medidas a serem adotadas para que essa situação pudesse ser revertida, dentre elas, das quais serão utilizadas durante o decorrer do artigo, bem como, o que foi percebido no Monitoramento (TC 016.913/2013-2) realizado pelo TCU à respeito das medidas sugeridas na auditoria. As medidas serão descritas aqui, seguidas da afirmativa de terem sido ou não adotadas, e sua respectiva fundamentação sobre a implementação, ou não. Seguem:

1ª sugestão - Que através de investimentos próprios ou por meio da contratação de serviços suplementares, fosse obtida a ampliação na oferta dos serviços, visando a completa solução das deficiências existentes, principalmente no que compreendia a prestação de cirurgias oncológicas, dos principais exames para diagnóstico da doença e os serviços de radioterapia. (TCU, 2011)

Bem, por meio dos exames de citopatologia e mamografia, ficou percebido que o Ministério da Saúde preocupou-se com a ampliação de serviços de diagnóstico. Em relação à prestação do serviço de radioterapia o Ministério da Saúde demonstrou pretender ampliar os serviços em 25%, realizando compra de oitenta aceleradores linear. Em relação à expansão dos hospitais, de acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde, do ano de 2011 para 2012 o número de hospitais passou de 269 para 277. Desta forma, por meio de monitoramento, teve-se esta recomendação por **implementada**. (TCU, 2013)

2ª sugestão: Que fosse estabelecida rotina para que houvesse levantamento periódico dos casos de produção de procedimentos oncológicos que se dessem de forma incompatível com parâmetros que são estabelecidos, por estabelecimento e unidade da federação, prevendo o encaminhamento das informações a despeito de casos que forem constituídos com indícios de fraude aos órgãos componentes do Sistema Nacional de Auditoria. Esse levantamento deveria iniciar-se com os registros que se dessem a partir de 2010. (TCU, 2011)

De acordo com o monitoramento, a Secretaria de Atenção à Saúde, embora tenha apresentado números referentes a algumas despesas, como o valor médio de aquisição de equipamentos para radioterapia, no que diz respeito a compra de medicamentos não indicou a mensuração do impacto financeiro das medidas planejadas. Há a necessidade desta informação para garantir que haja uma sustentável oferta de serviços, portanto, entendeu-se esta medida como **não implementada**. (TCU, 2013)

3ª sugestão: que fosse realizada a revisão do quantum de abrangência, forma de coleta de dados e consolidação destes a serem computados, visando alcançar uma ampla adesão e consequentemente consolidação de forma tempestiva dos registros. (TCU, 2011)

Tem-se esta recomendação por **não implementada**, vez que, ainda há complicações para adesão e consolidação tempestiva dos registros hospitalares de câncer. (TCU, 2013)

4ª Sugestão: Incentivos deveriam ser criados para os estabelecimentos que obtivessem bons resultados na atualização dos dados, bem como, que sanções fossem adotadas para aqueles que fossem inadimplentes. (TCU, 2011)

A SAS argumentou que incentivos financeiros não foram criados, pois a atualização de dados é uma obrigação dos estabelecimentos. No exame da implementação foi pontuado que



os incentivos precisam ser criados, visto que não existem apenas na modalidade financeira. Desta forma, entende-se que esta medida **não foi implementada**. (TCU, 2013)

5ª Sugestão: Que houvesse uma sistemática para promoção da formação e da capacitação de profissionais que atuem na assistência ao paciente com câncer, seja estabelecida, desde a atenção primária à atenção de alta complexidade, incluindo o acompanhamento corriqueiro das principais carências de profissionais. (TCU, 2011)

O governo federal, tendo como objetivo o aumento na quantidade de médicos na atenção básica das regiões norte e nordeste, nas periferias das grandes cidades e nos interiores do país, lançou o programa mais médicos, bem como tem cuidado de programas de residência nas universidades, cursos técnicos em radiologia etc, sendo, esta medida foi entendida como **implementada**. (TCU, 2013)

6ª sugestão: Disseminação de informação que atentem para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer, incluindo aos profissionais de saúde que atuam na atenção primária. (TCU, 2011)

O Ministério da Saúde tem investido na divulgação de informações a respeito das doenças cancerígenas também na atenção básica. Foram publicados cadernos de atenção básica “n.13 – controle dos canceres de colo de útero e da mama” e cinquenta mil exemplares dele foram impressos e distribuídos para as equipes que formam atenção básica. Entende-se por **implantada** a sugestão em exame. (TCU, 2013)

7ª Sugestão: Que mecanismos fossem estabelecidos visando o desenvolvimento de estudo e discussão a respeito das condutas terapêuticas mais adequadas para o portador de câncer, que deveria contar com a participação de especialistas capacitados nos temas que sejam objetos de discussão. (TCU, 2011)

A medida foi considerada **implementada**, vez que o Ministério da Saúde adotou ações como formação de grupos de trabalhos formado por especialistas e técnicos para que pudessem “conduzir” a revisão de diretrizes diagnosticas e terapêuticas, que demonstram empenho para que a situação percebida na auditoria venha ser alterada. (TCU, 2013)

Determinação: Tendo por base o art. 43, inciso I da Lei 8.443/1992 e art.250, inciso II do regimento interno do TCU, foi determinado que a Secretária de Atenção a Saúde remetesse ao tribunal, dentro de 90 dias, plano de ação contendo cronograma para a adoção das medidas indispensáveis à solução dos problemas que foram percebidos no relatório da auditoria.

Embora a secretaria de atenção a saúde tenha informado quais ações o Ministério da Saúde tem adotado, nos ofícios não constam o plano de ação para adoção de medidas

necessárias à solução dos problemas apontados no relatório da auditoria, tendo isto sido observado, a determinação em questão não foi implementada.

Tais sugestões e determinações foram monitoradas pela SecexSaúde para avaliação das suas implementações.

Embora tenha sido alvo de avaliação para essa produção científica apenas as sugestões supramencionadas, houve um total de 21 delas, e conforme relatório de monitoramento de nº TC 016.913/2013-2, 6 foram implementadas, 4 em implementação, e 11 não foram implementadas.

Esse era o cenário do tratamento de câncer ofertado no ano de 2010, conforme ficou identificado na auditoria que foi utilizada como base para a percepção da realidade enfrentada pelos pacientes portadores de neoplasias malignas no Brasil. Desta forma, por serem dados do ano de 2010 e esta produção ocorrer em 2018, houve a necessidade de pesquisas a respeito do atual cenário para eventual comparação de dados e conseqüentemente das melhorias ofertadas aos usuários do Sistema Único de Saúdes. Houveram dificuldades quanto ao acesso a dados de forma precisa, vez que, nos sites as informações acabam parecendo confusas, e há pouca produção na área. Em produções científicas realizadas (que foram meios de informação para a produção do presente artigo), foram conseguidos panoramas mais atualizados sobre a realidade do sistema ofertado nos últimos anos no país. O site do INCA disponibiliza dados dos anos que compreendem até 2015, ainda assim, de modo de difícil compreensão, vez que ou são gráficos sem quantitativo, ou percentuais num panorama geral, ex: houveram 1.000 óbitos no país, 2,80% em decorrência de câncer de mama, sem especificar quantos casos são de câncer e quantas pessoas não conseguem ser curadas, dessa forma não há como apresentar dados mais recentes de forma precisa através do site. Para entender o índice de sucesso dos tratamentos, é necessário que haja um quantitativo de pessoas que foram diagnosticadas com câncer e quantas delas morreram em decorrência da enfermidade.

Em 2015 o Brasil alcançou o número de habitantes equivalente a 204.450.649. A portaria do MS/SAS nº140, estabelece que deve haver 1 hospital para cada 500.000 habitantes, desta forma, seriam necessários um total de 409 estabelecimentos para conseguir ofertar o serviço a todos em equidade no ano de 2015. Ainda diante do exposto na portaria supramencionada, os Unacons e Cacons, devem possuir ao menos um equipamento de radioterapia externa de megavoltagem (telerapia) para alcançarem o mínimo de produção anual. Segundo o determinado na portaria, faz-se necessário que cada centro habilitado em alta-complexidade possua ao menos um equipamento de teleterapia, e na falta deste, que por meio de contrarreferência seja alcançado o número de produção mínima. De acordo com pesquisas

realizadas no artigo - Necessidades Atuais de Radioterapia no SUS e Estimativas para o Ano de 2030:

O Brasil conta com 143 hospitais habilitados com serviço de radioterapia e 11 serviços isolados de radioterapia, totalizando 154 serviços de radioterapia e 247 equipamentos, quer seja unidade de cobalto ou acelerador linear. Os dados coletados demonstram que o país conta com um déficit de 255 serviços de radioterapia no que diz respeito a profissionais, vez que seria necessário o equivalente a no mínimo 387 radioterapeutas, 425 supervisores de profissão e 546 fisio-médicos. (ARAÚJO, Luciene; SÁ, Natan; ATTY, Adriana, 2015)

Há cerca de 550 profissionais radio-oncologistas no país, que se concentram em sua maior parte na região Sudeste, onde também há a maior parte de aceleradores lineares. Ainda há uma grande espera para início do tratamento, o tempo médio demandado é de 113 dias. Nos pacientes com câncer no pulmão, cerca de 25% deles são submetidos ao tratamento de radioterapia, destes, metade recebem apenas tratamento paliativo (sem intenção curativa) dado o estágio avançado da doença. Percebe-se então, que tempo demandado para obtenção de diagnóstico, bem como, lapso temporal para início do tratamento ainda é uma questão a ser trabalhada e aprimorada, vez que a forma como o serviço tem sido prestado ainda não tem produzido efeitos de forma que possibilite a oferta deste de forma tempestiva. No site observatório de oncologia ([observatoriodeoncologia.com.br](http://observatoriodeoncologia.com.br)), site destinado a informações sobre a enfermidade, há um estudo feito para análise dos resultados obtidos após a implementação da Lei 12.732/2012, bem como a média de tempo para obtenção do diagnóstico, vez que essa circunstância afeta diretamente a forma de tratamento escolhida e as chances de sucesso do mesmo.

Ficou apercebido que o tempo necessário para obtenção de diagnóstico desde a primeira consulta com especialista foi de: mais de sessenta dias para 20% dos pacientes. Aqueles que conseguiram em menos de sessenta dias estavam com estadiamento da doença da seguinte forma: estágio I, 77%; estágio II e III 80%; estágio IV 88%. A demora no diagnóstico tem como causa apontada o tempo despendido para que seja conseguida a realização de biópsia dos tumores. O tempo entre diagnóstico e início do tratamento ultrapassa de 60 dias no que compreende a 24% dos diagnosticados. A porcentagem daqueles que conseguem realizar tratamento em período de tempo inferior a sessenta dias, separados de acordo com o estágio da doença foram de: Estádio I, estágio II e II, estágio IV – 83%, 72% e 79% respectivamente. Em média, de acordo com as regiões, os números apontam o seguinte em percentual relacionado

àqueles que não conseguem acesso a tratamento em período inferior ou igual a sessenta dias: Centro-oeste 15%, Sul 18%, Sudeste 21%, Norte 24% e Nordeste 23,5%.

Embora não sejam percentuais, pode-se dizer, alarmantes, não devem ser deixados de lado, vez que, um dos princípios norteadores do SUS é a universalidade, bem como a igualdade, princípio pertencente ao SUS e à Constituição Federal quando dispõe sobre a prestação do direito à saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por trás da prestação do serviço de saúde, ficou claro no decorrer da presente produção, que há um enorme sistema que precisa funcionar bem para que o direito à saúde venha ser garantido de forma integral aos cidadãos que são portadores de câncer.

Sabe-se então, que o Brasil é um País que conta com políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento do câncer, mas, embora haja toda uma articulação entre os estados e suas respectivas secretárias de saúde para que o tratamento seja disponibilizado, existem déficits na prestação desse serviço que devem ser levados em consideração. Há um sistema que de forma percentual obteve sim uma melhora desde a Auditoria (TC 031.944/2010-8) realizada no ano de 2010/2011, mas que ainda carece de implementações que foram sugeridas desde àquela época, bem como de uma atenção maior à forma como as políticas públicas têm sido fiscalizadas.

A dificuldade de fiscalização do sistema é notória, principalmente quando percebe-se que há hospitais que sequer fazem uso da base de dados inerente ao sistema de tratamento oncológico, quando ficou percebido no monitoramento das sugestões que há a necessidade da criação de benefícios para os hospitais que lançam no sistema os dados exigidos que não devem ser cobrados de forma facultativa, mas sim obrigatória, e também quando visita-se o site do INCA em busca de informações sobre os portadores da enfermidade e os dados disponibilizados compreendem apenas até o ano de 2015, quando já data-se o ano de 2018.

Os números alcançados mostram que ainda há um déficit no que compreende a números de hospitais, serviços de radioterapia, quimioterapia, e até de profissionais capacitados na área oncológica.

O câncer, por ser uma moléstia grave, de fácil progressão de estágio, necessita de uma política sem falhas, implementada da melhor forma. Além de ser uma enfermidade grave, é notório que seu crescimento tem se dado de forma alarmante, vez que o número de diagnósticos só cresce. Dessa forma, há a necessidade de que o tratamento ofertado seja de qualidade, e não

menos importante, de forma tempestiva. Ainda que hajam boas condutas terapêuticas, de nada adianta se esses medicamentos forem ministrados fora do tempo indicado, por isso, a importância da efetividade da “Lei dos sessenta dias”.

É certo que quando afirmada-se que 85% (conforme foi supramencionado em relação ao Centro-Sul) da população recebe os serviços de Saúde por parte do estado no prazo determinado e nas condições exigidas, e 15% não, pode ser argumentado que é um número razoável de pacientes sem uma política de tratamento que funcione se comparado à quantidade das pessoas que estão sendo amparadas, mas não. Quando um serviço tem por essência, ser prestado de forma igualitária e universal, 99% não é um todo. Dizer que é utópico almejar que uma população seja totalmente amparada é um argumento que pode também ser levantado, mas é necessário observar que embora o assunto seja abordado com números e percentuais, pessoas não são isso. Pessoas não são números, não podem, nem devem ser coisificadas, e, ainda que pareça utópico, o sistema não pode ser apresentado como “funcionando de forma satisfatória e eficiente” se este não contempla 15% da população acometida por câncer, se esse não oferta à parte dos pacientes um diagnóstico em tempo razoável para que a doença ainda possa ser tratada, se ainda existem pacientes sem acesso a radioterapia, quimioterapia e afins, e se o disposto em lei ainda permanece sem ser levado em consideração, e nisso faz-se menção ao disposto na Lei dos “sessenta dias”, vez que os números mostram que ainda há pacientes que esperam mais de 100 dias para que seu tratamento possa ser iniciado.

É certo que há questões governamentais, financeiras e de gestão por trás de todo serviço ofertado, questões essas que afetam diretamente a qualidade, tempestividade, e alcance do tratamento, mas não é por que o sistema é complexo que ele tem que ser aceito com falhas que implicam em vida sem qualidade para pessoas, ou na morte delas.

O governo tem demonstrado preocupação com a política de câncer ofertada no Brasil, mas é preciso que se consiga tirar do papel o que é disposto e torna-lo real. Existem inúmeros pacientes em leitos e corredores de hospitais, buscando ali a chance de serem curados ou ao menos o direito de terem o resto de suas vidas aproveitadas de forma digna, e isto é real. Embora parte dos políticos gostem de ter os cidadãos como estatísticas, há vida e pessoas por trás da vida dessas pessoas, que clamam e por vezes imploram, pelo direito à saúde efetivado de forma digna, quando apenas deveriam tê-lo a sua disposição, sem tanto alarde e esforço para obtê-lo. A constituição Federal vela pelo direito à prevenção de doenças, bem como pelo direito à cura por meio de medidas que venham assegurar a integridade física, e estas são consequências da tutela do direito que tem como fundamento a dignidade da pessoa humana.

Vale ressaltar, que em determinados momentos aqui foi levantado o argumento de que a falta de atenção básica prestada de forma eficaz, o tempo despendido até o diagnóstico, e o início do tratamento após ele, acarreta ao estado uma maior oneração, vez que, há uma maior chance de reincidência da doença; tendo dito isto, não deve abster-se de ser levado em consideração que a má prestação do serviço tem levantado temas de grande repercussão como a “judicialização do direito a saúde”, vez que, aqueles que sentem seus direitos lesados, dada a quantidade de informação disponível na atualidade, entendem que podem buscar o Poder Judiciário como forma de cessar a lesão, de garantir que o direito seja efetivado, ou que seja indenizado pela má prestação desse serviço. É fato que há causas em que a judicialização se dá em decorrência da falta de medicações disponibilizadas por não fazerem parte do rol de medicações aprovadas pela ANVISA, mas também é fato que inúmeras pessoas têm procurado o judiciário em busca de leitos em hospitais para serem tratados, quimioterapias específicas para determinado tipo de câncer ou para determinado tipo de paciente que em decorrência de patologias pré-existentes ao diagnóstico precisam de tratamentos que não venham piorar seu estado anterior ao do câncer. Por tratar-se de doença complexa, os meios de tratamentos e as circunstâncias as serem analisadas até a escolha de um tipo de tratamento também é.

Restou percebido, após as pesquisas necessárias para a produção do presente artigo, que a prestação do serviço oncológico ainda possui déficits que dificultam o acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento, à manutenção deste e à reabilitação da saúde, e que embora o Estado tenha se dedicado à melhoria na área oncológica, ainda há circunstâncias a serem ajustadas para que os pacientes obtenham a chance concreta de terem sua saúde reestabelecida através das Políticas Públicas.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, Luciane; DE SÁ, Natan; ATTY, Adriana. Necessidades atuais de radioterapia o SUS e estimativas para o ano de 2030. 2016, pag. 37. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v01/pdf/06-artigo-necessidades-atuais-de-radioterapia-no-sus-e-estimativas-para-o-ano-de-2030.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_62/v01/pdf/06-artigo-necessidades-atuais-de-radioterapia-no-sus-e-estimativas-para-o-ano-de-2030.pdf). Acesso em 07 de maio. 2018.

BARBOSA, Anelise. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-construcao-do-direito-a-saude-no-brasil,37878.html>. Acesso em: 30 de maio. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 04 de Abril. 2018.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 12 de abril. 2018.

CONASS. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf). Acesso em 02 de maio. 2018.

CRETELLA JÚNIOR, José. *Comentários à constituição de 1988, Vol III*. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1992. p 4.331.

INCA, notícias. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/mortes\\_pop\\_cancer\\_aumentaram\\_31\\_no\\_brasil\\_em\\_15\\_anos\\_diz\\_oms](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/mortes_pop_cancer_aumentaram_31_no_brasil_em_15_anos_diz_oms).

JORGE, José. TC 016.913/2013. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/etcu/ObterDocumentoSisdoc?seAbrirDocNoBrowser=true&codArqCatalogado=7907773>. Acesso em 09 de março. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 874. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em 02 de maio. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang, Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. Livraria do Advogado, 2001, p. 60.

TCU. Política Nacional de Atenção Oncológica; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/DPPE/Downloads/relatorio-tribuna-contas-uniao.pdf>. Acesso em 08 de março. 2018.