

A OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER À LUZ DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

THE OBLIGATION OF HIGH-COST DRUGS COVERAGE BY THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: AN ANALYSIS FROM CANCER DIAGNOSIS IN THE LIGHT OF HUMAN PERSON'S DIGNITY

SOUZA, Renata Mota da Silva¹
MEIRELLES, Ana Thereza²

RESUMO: O iminente trabalho visa analisar, atendendo a metodologia qualitativa, a obrigatoriedade do Estado no fornecimento de medicamentos de alto custo para pacientes diagnosticados com câncer, como forma de garantir a dignidade da pessoa humana destes, com base nas previsões constitucionais e legais sobre o tema. Assim, é almejado um aprofundamento a partir do exame e aplicabilidade dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), como também o processo de inserção do medicamento de alto custo pela rede pública. Ainda, cabe entender as questões jurídicas e sociais que envolvem o assunto, tendo em vista a judicialização da saúde. Desse modo, o presente estudo anseia demonstrar a obrigatoriedade do Estado no fornecimento de medicamentos de alto custo, observando o descaso com os pacientes, que sofrem desde a descoberta da doença, e ainda, passam pelo transtorno da espera por um tratamento adequado e eficaz.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; SUS; Medicamento de Alto Custo; Dignidade da Pessoa Humana.

ABSTRACT: The imminent work aims to analyze, taking into account the qualitative methodology, the obligation of the State to supply high-cost drugs to patients diagnosed with cancer, as a way to guarantee the dignity of their human person, based on the constitutional and legal provisions on the theme. Thus, a deepening is sought from the examination and applicability of the principles that govern the Unified Health System (SUS), as well as the process of inserting the high-cost drug into the public network. Still, it is necessary to understand the legal and social issues that involve the subject, in view of the judicialization of health. Thus, the present study aims to demonstrate the obligation of the State to supply high-cost drugs, observing the neglect with patients, who have suffered since the discovery of the disease, and also undergo the disorder of waiting for an adequate and effective treatment.

Keywords: Judicialization of Health; SUS; High Cost Medication; Dignity of human person.

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO 2 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL 2.1 OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 2.2 A QUESTÃO ORÇAMENTÁRIA: A RELAÇÃO ENTRE MÍNIMO EXISTENCIAL E RESERVA DO POSSÍVEL 3 CUSTEIO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER 3.1 A PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE DO PACIENTE 3.2 POSSIBILIDADE LEGAL À LUZ DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS 4 OBRIGATORIEDADE DO ESTADO NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO 4.1 A

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Endereço eletrônico: renatamotass@hotmail.com.

² Pós- Doutoranda em Medicina pelo Programa de Pós-Graduação de Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e da Faculdade Baiana de Direito. Endereço eletrônico: anathereameirelles@gmail.com.

NECESSÁRIA JUDICIALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER 4.2 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS 5 CONCLUSÃO REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

Ao tangenciar o princípio da universalidade e igualdade no direito à saúde, pressupõe-se que todas as pessoas devem ter acesso a qualquer tipo de tratamento, consultas, exames, medicamentos, dentre outros tipos de assistências médicas em sua integralidade. Todavia, vivencia-se uma realidade distinta, especificando a questão em análise, as pessoas com doenças graves como o câncer, são expostas a uma espera, na maioria das vezes longa, para começar o tratamento, devido à indisponibilidade de medicamentos de alto custo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou até mesmo a ausência de abastecimento do mesmo.

A dificuldade das pessoas para terem acesso a medicamentos de alto custo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) contradiz com o direito previsto constitucionalmente, no art. 196 CF/88, em que a saúde é um bem jurídico a ser tutelado pelo Estado, de forma universal e igualitária. Assim, a distribuição gratuita de medicamentos para pacientes diagnosticados com câncer são exemplos de iniciativas que decorrem da perspectiva de entender a saúde como um direito universal.

Partindo da compreensão que o diagnóstico do câncer é um processo sério e doloroso, sendo esta uma doença que afeta as condições físicas e psicológicas do indivíduo, ainda mais quando este não possui condições financeiras suficientes para o tratamento que geralmente engloba valores altos de medicamentos.

Ressalta-se que, em relação aos medicamentos já disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), há a questão mais complexa correspondente as compras frequentes desses medicamentos. Outro ponto que merece destaque é a dificuldade em inserção de novos medicamentos na rede pública, devido à demanda crescente de novos casos e avanços tecnológicos que acarretam uma série de novos meios de tratamento.

Já existe um rol específico de medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e até mesmo uma lei nº 12.732/2012 que versa sobre o tratamento de câncer na rede pública, todavia, há uma excessiva burocracia para a compra desses medicamentos, além da questão de que a maioria deles não são produzidos no Brasil, e ainda, o alto custo destes, o que será o enfoque deste trabalho.

A discussão dessa temática corresponde positivamente para a seara jurídica, visto que se trata de uma matéria que gera grande inquietação da sociedade, já que é preciso demonstrar a obrigatoriedade do Estado para efetivação do direito à saúde, no que se refere ao fornecimento de medicamentos de alto custo para o tratamento de câncer pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente trabalho tem como função a análise da obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamentos de alto custo para pacientes diagnosticados com câncer, a partir do exame de princípios constitucionais e legislação, a fim de atingir uma fundamentação jurídica para a presente abordagem.

Para tanto, utilizou-se um levantamento bibliográfico, elaborado com base na doutrina, legislação e artigos, bem como pesquisa qualitativa, com o fim de interpretar e compreender a obrigatoriedade do Estado no fornecimento de medicamentos de alto custo, com enfoque ao paciente diagnosticado com câncer. Além disso, a pesquisa fala sobre os princípios constitucionais que justificam tal obrigatoriedade. Dessa feita, empregou-se o método dedutivo, com hipóteses submetidas ao processo de falseamento, com a finalidade de ratificar a veracidade dos levantamentos realizados no decorrer desta pesquisa.

2 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

É imprescindível dispor que os direitos sociais, previstos constitucionalmente, são emanados de um modelo de Estado voltado ao Bem-Estar Social, visando contribuir para atender as necessidades do indivíduo, o que seria a preservação da segurança social, ou seja, o mínimo necessário para a existência digna. Diante disso, a saúde caracteriza-se como um direito social, que deve ser garantido pelo Estado a todos, no que se refere à disponibilização de materiais fundamentais para o fornecimento de tudo aquilo que for essencial à satisfação da justiça social (CUNHA JR., 2012, p. 767- 770).

Salienta-se, por oportuno, que o conceito de saúde em seu sentido amplo, corresponde à condição de bem-estar físico e psíquico do indivíduo, configurando uma harmonia entre ambos os fatores. Ao que concerne a aplicação desse sentido no âmbito do Estado democrático e social de direito, a saúde introduziu-se na ideia significativa de direito humano, em que os poderes públicos são obrigados a garantir o acesso a todos, de forma integral e igualitária (BATISTA; CALIL, 2016, p. 108-111).

Conforme previsão constitucional, mais especificamente em seu art. 6º, o direito à saúde é considerado um direito social a ser tutelado pelo Estado. Além do já mencionado, o

art. 194 da Carta Magna firma o entendimento da saúde sendo como parte do sistema de seguridade social. Nesse sentido, impende destacar também, para a devida composição da estrutura do direito à saúde no Brasil, os artigos 196 a 201, que trazem a estruturação política para a proteção à saúde da população, com a composição do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante dos entes da federação, com o objetivo de garantir o direito à saúde a partir da formação de uma rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo e participação da comunidade (MARQUES, 2009, p. 71-73).

Pontua-se que, essa abordagem foi trazida no art. 196 da Constituição Federal de 1988, dispondo que é dever do Estado, o acesso universal e igualitário para a promoção, proteção e recuperação da saúde para todos, bem como resguardar esse direito a partir de políticas sociais e econômicas que visem reduzir riscos de doença e outros agravos.

Além disso, a Constituição Federal de 1988 elenca a competência para legislar sobre a proteção e defesa da saúde, de forma concorrente entre à União, aos Estados e aos Municípios. Em que pese ao aspecto administrativo, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 23, inciso II, atribui competência comum à União, aos Estados e aos Municípios, sendo estes autorizados a formular e executar políticas de saúde. Todavia, impende destacar, a necessidade de cooperação entre os entes federativos, visando garantir o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional, conforme preceitua art. 23, parágrafo único, da CF/88 (BARROSO, 2009, p. 40-41).

Diante do que foi mencionado, importa aduzir que a Constituição brasileira de 1988, com fulcro no art. 196, consagrou a universalidade da saúde. A fim de firmar os princípios citados, foram incorporadas ao ordenamento jurídico as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142, ambas de 1990, que visam regular o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa feita, houve um fortalecimento do caráter universal ao fornecimento dos serviços, afinal todos deveriam, em regra, ter acesso a esse sistema. Por essa razão, qualquer pessoa, para ter seu direito à saúde assegurada, deve ter acesso a todo tipo de medicamentos, tratamentos terapêuticos e internação hospitalar, uma garantia constitucional e infraconstitucional (MARTA *et al*, 2011, p. 28-29).

Importante dispor que a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu §1º, ratifica a questão da garantia ao acesso a saúde como dever do Estado, criando e colocando em prática políticas de cunho econômico e social, visando reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, e ainda, que no próprio Sistema Único de Saúde (SUS) sejam asseguradas as características essenciais da universalidade e igualdade às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse ínterim, cabe aos poderes públicos a efetivação e garantia do bem-estar social, com a preservação da saúde pública do país. Sendo assim, é indiscutível que o direito à saúde deve ser constituído por serviços públicos sanitários, com a devida construção de hospitais e postos de atendimentos voltados a população, com estrutura adequada e profissionais especializados, bem como a garantia do acesso aos medicamentos, insumos essenciais aos procedimentos médicos e ambulatoriais para cura e prevenção de doenças. Nota-se, evidentemente, a importância das ações estatais, para garantia do direito fundamental à saúde, com previsão constitucional (BATISTA; CALIL, 2016, p. 108-111).

Posto isto, o direito à saúde abrange o conjunto de medidas que devem ser executadas pelo Estado para promoção do bem-estar físico, psíquico e social de toda a população. Assim, para um estudo do acesso à saúde no Brasil, cumulado com as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se imprescindível a análise dos tópicos subsequentes.

2.1 OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ressalta-se que o acesso à saúde é um direito do cidadão e deve ser tutelado pelo Estado, de acordo com previsão constitucional. Com isso, cabe mencionar que, para garantia do direito à saúde é indispensável o acesso de qualidade, além do fomento de políticas públicas, ações e serviços de saúde, atingindo assim a finalidade de assegurar a promoção, proteção e recuperação. Ora, é através das políticas públicas de saúde que o cidadão terá garantido a qualidade de vida, dignidade, e ainda, o seu bem-estar social. (BARRIQUELLO; CORREIO, 2018, p. 90-93)

Destarte, no quadro constitucional que assegura o direito à saúde no Brasil, é fundamental ressaltar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), moldado a partir da ideia de acesso à saúde de forma igualitária, universal, integral e gratuita. Esse sistema consiste no atendimento gratuito de todo ser humano em território nacional, nos moldes da não discriminação e equidade. Além disso, é uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, formado por serviços da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (AITH *et al*, 2014, p. 12-14).

Em que pese o Sistema Único de Saúde (SUS), este se baseia nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, transferindo a legitimidade ao Sistema que deverá usá-los ao analisar o acesso à população de serviços e prestações materiais de saúde. Entretanto, a grande procura dos indivíduos ao sistema de saúde pública, acaba dificultando a garantia da prestação do serviço pelo Estado, o que conseqüentemente, viola o direito social,

aumentando a quantidade de ações judiciais em prol da efetivação desses direitos (BARRIQUELLO; CORREIO, 2018, p. 90-93).

É indiscutível que a Constituição Federal de 1988 aderiu a ideia da saúde como direito fundamental de todos, a ser prestado com acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. Sendo assim, apesar do reconhecimento do direito universal e igualitário à saúde, o Estado brasileiro não abarca as condições operacionais e financeiras para garantia efetiva do acesso a saúde para toda a população. Desse modo, insta dispor que, a efetivação do direito à saúde no Brasil, com base nos princípios da universalidade e integralidade, está associada ao entendimento e interpretação, desses mesmos princípios, pela legislação e pelas políticas públicas vigentes (AITH *et al*, 2014, p. 11-14).

Ao que se refere à integralidade dos serviços públicos de saúde, atribui-se a esse sistema a propositura de ações preventivas, bem como o oferecimento de atenção integral às pessoas, abrangendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, ou ainda, serviços de atenção primária, secundária e terciária. Em contrapartida, as diretrizes constitucionais do direito ao acesso universal e igualitário à saúde, apesar de admitidas no Brasil, ainda se mostram ausentes de demonstração de condições operacionais e financeiras para atender à demanda concreta por ações e serviços existentes (AITH *et al*, 2014, p. 12-14).

Nesse ponto de vista, é patente o direito da população ao acesso à saúde de forma igualitária, universal, integral e gratuita. Entretanto, apesar da previsão constitucional, há diversos conflitos relacionados com aplicabilidade e eficácia dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS), ao que concerne a efetivação desses direitos, como exemplo, a disponibilização de serviços e medicamentos. Logo, diante da ausência do acesso a população de forma integral, igualitária e universal, há uma crescente busca pela concretização do direito à saúde, com um número altíssimo de demandas judiciais sobre o tema.

2.2 A QUESTÃO ORÇAMENTÁRIA: A RELAÇÃO ENTRE MÍNIMO EXISTENCIAL E RESERVA DO POSSÍVEL

Sob a perspectiva do direito à saúde, o mínimo existencial seria todo o conjunto de prestações materiais indispensáveis, visando assegurar a cada pessoa uma vida condigna, no sentido de dar maior qualidade, para que assim componha o núcleo essencial dos direitos fundamentais. Destarte, o mínimo existencial independe da expressa previsão constitucional, tendo em vista que se desdobra na proteção da vida e da dignidade da pessoa humana, o que

concretiza a tese de necessária aplicabilidade no sistema (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 201-207).

Já o princípio da reserva do possível, caracteriza-se como uma espécie de limite jurídico e fático aos direitos fundamentais, limites estes que inviabilizam a sua efetividade e aplicação em diversas esferas sociais. Seria a situação de que o Estado apesar de ter os recursos e o poder para dispor, não se obrigaria a ação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável. Ora, seguindo esse fundamento, não se poderia impor ao Estado a prestação de assistência social a alguém que efetivamente não faça jus ao benefício (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 186-189).

Nesse seguimento, a cláusula da reserva do possível é considerada um princípio implícito, todavia composto pela razoabilidade e racionalidade, podendo ser manejado a partir de uma invocação abstrata do judiciário. Diante disso, deve-se ter muita cautela no que diz respeito à aplicação da reserva do possível no âmbito jurisdicional, evitando que sua eficácia seja uma espécie de barreira insuperável para a concretização dos direitos sociais, em que pese sua efetivação pela via judicial (SCHIER; SCHIER, 2018, p. 73).

Quanto à atuação do judiciário no campo particular da distribuição de medicamentos, há evidentemente uma colisão de valores ou de interesses que apresentam oposições e posicionamentos distintos, como exemplo, o conflito do direito à vida e à saúde com a separação de Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. Nesse sentido, muitas são as demandas sobre fornecimento de medicamentos em que o sistema judicial passará a intervir, o que provoca críticas constantes quanto à judicialização excessiva. (BARROSO; 2009, p. 36-43).

Por essa razão, ao que concernem as demandas que envolvem a disponibilização de medicamentos, uma das críticas mais frequentes sobre a excessiva judicialização está relacionada às questões financeiras, através da aplicação ao caso concreto do princípio da reserva do possível. Ora, resta evidente a relação intrínseca entre o orçamento público e as demandas sociais por efetivação de direitos, diante da escassez dos recursos públicos para atender as necessidades sociais, obrigando o Estado à tomada de decisões complexas. Pontua-se que, algumas decisões judiciais no Brasil já se pautaram em fundamentações de negativa do pleito autoral, sob o argumento do alto custo do medicamento, bem como a impossibilidade de privilegiar um doente em detrimento de outros, e ainda, impropriedade do Judiciário. (BARROSO; 2009, p. 45).

No que diz respeito ao direito fundamental à saúde, assim como os demais direitos sociais, acabam abalados com a possibilidade de aplicação do princípio da reserva do possível

em suas mais amplas manifestações. Como exemplo, na aplicação na disponibilização de recursos existentes e na capacitação jurídica e técnica de deles se dispor. No entanto, a garantia do mínimo existencial, implícito constitucionalmente, de algum modo, torna-se uma medida de proteção a efetividade dos direitos fundamentais (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 201-207).

Sobre o tema, é evidente que há necessidade de cautela ao analisar a aplicação da reserva do possível, na esfera da Constituição Federal de 1988. Isso porque, as decisões sobre o assunto devem estar embasadas por um estudo adequado sobre o seu significado, e não anulando o seu sentido prático. Em contrapartida, em referência à aplicação do mínimo existencial, também há que se ter uma compreensão cuidadosa, não podendo o judiciário se valer de uma interpretação unilateral, que conceda a sua aplicação em toda a sua extensão, sem ter como parâmetro a legislação, cabendo considerar, como exemplo, os problemas como a escassez de recursos, sem que isso signifique colocar a reserva do possível em patamar de cláusula inelutável (SCHIER; SCHIER, 2018, p. 74).

Nesse sentido, há uma grande discussão acerca da relação entre o mínimo existencial e a reserva do possível nas demandas que envolvam a limitação ou não, do orçamento do Estado para o fornecimento de serviços e medicamentos para o tratamento do paciente. Visto isso, destaca-se a necessidade de tomadas de decisões analisando cada caso concreto em sua individualidade, não ocasionando assim, uma sobreposição de um princípio sobre outro.

3 CUSTEIO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER

O paciente com câncer está sujeito a diversos tratamentos como, por exemplo, a quimioterapia, cirurgias, radioterapia e transplante de medula óssea, bem como a realização de diversos exames para a devida adequação, programação e eficácia do tratamento. Além disso, quando diagnosticado, diante da gravidade da situação, muitas vezes torna-se fundamental a internação hospitalar. Nesse ponto, resta demonstrado que o paciente, além do acesso ao diagnóstico, precisa dos meios de tratamentos adequados, incluindo a assistência ambulatorial, internação e realização de exames (KOZAN, 2019, p.13-14).

Para o acesso a terapia medicamentosa pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o paciente deve preencher alguns requisitos, tais quais: Estar devidamente assistido por ações e serviços do SUS; Prescrição do medicamento por profissional da saúde escrito no quadro de médicos em exercício pelo SUS; O medicamento tem que estar em anuência com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e com os Protocolos Clínicos e Diretrizes

Terapêuticas, e ainda, caso o medicamento não esteja na lista geral, há possibilidade de constar em listas específicas complementares da rede estadual, distrital ou municipal (SARTORI; CZERMAINSKI, 2013, p. 67).

Além das hipóteses supracitadas, as liberações dos medicamentos devem funcionar com a autorização por unidades apontadas pela direção do Sistema Único de Saúde (SUS). Importante frisar que, para o acesso do paciente aos medicamentos, tem-se considerado um protocolo formal e limitado, visto que a disponibilidade para indivíduo fica sucinta ao que estiver na lista do sistema (SARTORI; CZERMAINSKI, 2013, p. 67).

Nessa perspectiva, o fornecimento de medicamentos para tratamento de câncer pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado pelos hospitais credenciados e habilitados em oncologia, a partir daí o custeamento é feito pelo Ministério da Saúde. Além disso, para alguns medicamentos específicos, a compra é feita de forma centralizada pelo Ministério da saúde, com a consequente distribuição para as devidas Secretárias de Saúde. Ocorre que essa distribuição exige uma série de diretrizes e protocolos (KOZAN, 2019, p. 19).

Salienta-se que, apesar das políticas de tratamento do câncer implantadas no Sistema Único de Saúde (SUS), quando se trata da efetivação, alguns pontos como o acesso aos medicamentos e dignidade dos pacientes são violados.

3.1 A PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE DO PACIENTE

O princípio da dignidade da pessoa humana foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, a partir do art. 1º, inciso III, aclamando a dignidade pessoal como inerente a todo ser humano, em suas mais amplas manifestações, tais quais, refletem no respeito à saúde, ao corpo e a vida, ou seja, na própria existência do indivíduo. Nessa acepção, a carta magna consagrou a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental da República, sendo o Estado impelido à proteção da pessoa humana, com base no respeito absoluto ao indivíduo, existência digna e proteção a qualquer tipo de ofensa (MARTINI; STURZA, 2017, p. 33).

Assim, o reconhecimento do princípio da dignidade da pessoa humana, positivado no ordenamento jurídico brasileiro, através dos direitos fundamentais e personalidade humana, implicam na obrigatoriedade de ser garantida a qualquer pessoa a disponibilização de recursos, viabilizando o acesso a direitos básicos, como por exemplo, o da saúde. É inequívoco que o desrespeito a esse princípio, em que pese o direito à saúde, considera-se como uma prática repulsiva, expondo o ser humano à desigualdade, reduzindo-o a condição

de coisa, bem como o inibindo dos meios necessários para sua existência digna (MARTINI; STURZA, 2017, p. 34-37).

A universalidade do direito à saúde vincula-se com os direitos à vida e à integridade física e corporal do ser humano. Sendo assim, a qualificação do direito à saúde como um direito coletivo não aparta a necessária proteção individual, mas especificamente, as questões relacionadas à saúde pública e coletiva, como a proteção da vida, da integridade física e corporal pessoais, estritamente relacionados com a proteção da dignidade da pessoa humana, considerando cada indivíduo em suas particularidades, inclusive de acordo com as garantias das condições que constituam o mínimo existencial de cada um. (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p.10).

Em linha tênue com o supracitado, a pessoa, quando diagnosticada com câncer, passa por sérios tipos desconfortos de natureza física e psicológica. O paciente, além de ter que lidar com dores, sofrimentos, limitações físicas, dependência e medo da morte, ainda, tem que buscar as possibilidades para o tratamento da doença. Diante disso, esse trajeto da descoberta do problema até o tratamento, é justamente o que deve ter mais atenção dos profissionais de saúde (SONOBE *et al*, 2011, p. 342-347).

Outro ponto importante é que geralmente essas pessoas quando submetidas ao tratamento têm grandes gastos financeiros, chamados de diretos e indiretos. Diretos são aqueles provenientes da compra de medicamentos, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e hospitalização. Já os gastos indiretos são aqueles que não possuem relação aos cuidados médicos. Por consequência, tais custos, na maioria das vezes, são pagos pelo paciente, pois não são fornecidos pelo poder público (SONOBE *et al*, 2011, p. 343).

Ressalta-se que o paciente com câncer passa por diversas dificuldades, uma vez que além do transtorno ocasionado pelo tratamento, o processo provoca alterações no contexto de vida do indivíduo. Os recursos terapêuticos, na maioria das vezes, causam efeitos colaterais intensos ao paciente. É por esse motivo, que se deve ter uma integração dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde público, sendo estas: atenção básica, atenção especializada de média e a de alta complexidade (BATISTA *et al*, 2015, p. 499-510).

Com enfoque no paciente diagnosticado com câncer, diante da gravidade da situação, o Estado obriga-se a fornecer meios aptos e eficazes ao tratamento, tendo em vista que a inobservância do direito à saúde garantida a estas pessoas atinge diretamente a dignidade destas, uma evidente desigualdade e discriminação negativa, inviabilizando a aplicabilidade do direito à vida. O Estado deve se responsabilizar, com égide nos direitos sociais, ao

resguardo do bem estar do paciente, já que o direito à saúde é uma dimensão dos direitos humanos, fundamental à garantia da dignidade humana (MARTA *et al*, 2011, p. 28-29).

É diante desse problema que o Estado, a partir da efetivação da previsão constitucional e legal, assumiria um papel extremamente relevante na vida dessas pessoas, com o cumprimento do acesso aos seus direitos e benefícios. É evidente que, o progresso tecnológico dos meios, diagnósticos e procedimentos terapêuticos pode melhorar e ampliar a vida do paciente, todavia estes, quase sempre, não são disponibilizados gratuitamente (SONOBE *et al*, 2011, p. 342-347).

Com fundamento na previsão constitucional da garantia da vida digna, baseada no princípio da dignidade da pessoa humana, o paciente diagnosticado com câncer, deveria ter acesso a todos os tipos de tratamentos e medicamentos que, de alguma forma, melhorassem a qualidade de vida dos mesmos, diante da agressividade da doença. Todavia, para a otimização desse direito fundamental, o Estado precisa atuar de maneira eficaz, o que nem sempre acontece.

3.2 POSSIBILIDADE LEGAL À LUZ DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

O direito à assistência terapêutica e farmacêutica, por ser parte integrante do direito à saúde, pode-se inserir ao ordenamento jurídico como um direito social. Dessa feita, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) uniformiza o Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional, disciplinando as ações e serviços de Saúde nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, com o propósito de efetivar mandamentos constitucionais a estes direitos. Assim, cabe a disponibilização pelo Estado de assistência integral para fins de fornecimento de medicamentos para a população, independente do custo destes (MARQUES, 2009, p. 71-73).

Ao abordar o tratamento do paciente diagnosticado com câncer no Brasil, torna-se essencial falar sobre a Lei federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início no Sistema Único de Saúde (SUS) (GOMES, 2013, p. 82-83).

Nesta lei, constam cinco artigos. O primeiro deles ressalva a gratuidade dos tratamentos necessários para o paciente com câncer, sem nenhum tipo de exceção, ou seja, para o paciente diagnosticado com câncer, devem ser utilizados todos os meios necessários para tratamento. Outro ponto importante está amparado no parágrafo único deste mesmo artigo, viabilizando a obrigação de revisão de padronizações de tratamento, de forma vaga, o que conseqüentemente torna mais difícil o cumprimento (GOMES, 2013, p. 82-83).

Já no art. 2º da Lei 12.732/2012, em síntese, estabelece que o paciente com neoplasia maligna, receba tratamento pelo Sistema Único de Saúde no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico, ou até mesmo, em prazo menor visto a necessidade terapêutica. Cumpre destacar que, o artigo supracitado tem uma grande relevância ao tratar do problema do câncer, visto que a cura e tratamento da doença estão muito relacionados à precocidade da descoberta (GOMES, 2013, p. 83).

Apesar da previsão pela Constituição Federal de 1988 e também pela Lei Orgânica, o acesso à saúde do paciente com câncer também está regulamentado por leis específicas. Entretanto, resta evidente o descaso ao cumprimento da determinação do ordenamento jurídico, diante da gravidade da doença acometida pelo paciente, em essencial, ao fornecimento de medicamentos de alto custo pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

4 OBRIGATORIEDADE DO ESTADO NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

As questões envolvendo a disponibilizações de medicamentos e produtos para a saúde no Brasil e a incorporação tecnológica de inovações terapêuticas são complexas. Afinal, há uma real dificuldade para pôr em prática tais serviços e produtos, o que de fato, contradiz com a legislação brasileira, já que o cidadão quando diagnosticado por uma doença, o Estado obriga-se a lhe oferecer atendimento integral, ou seja, todos os recursos médicos, farmacêuticos e terapêuticos que estiverem disponíveis para o tratamento da enfermidade em questão, apesar do valor destes (MARQUES, 2009, p. 71-73).

Conforme Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007 a Assistência Farmacêutica pode ser dividida em: Assistência Farmacêutica Básica, Assistência Farmacêutica Estratégica e Assistência Farmacêutica de Dispensação Excepcional. Nesse seguimento, sobre a atenção básica, esta se refere ao atendimento da população que sofre com as doenças mais comuns. Já a Assistência Farmacêutica de Dispensação Excepcional corresponde ao fornecimento de medicamentos de aplicação incomum, ou seja, que visem o tratamento de doenças raras ou de baixa prevalência, bem como aos portadores de doenças crônicas, com base em tratamento de custo elevado. Tais medicamentos excepcionais são providos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria do Estado de Saúde (RICCI, 2012, p. 118-119).

Nesse ínterim, os medicamentos de alto custo, conforme disposições do Ministério da Saúde se caracterizam como aqueles considerados caros para serem pagos pela população, observados o seu valor e a cronicidade do tratamento. Com relação a esses medicamentos

considerados de alto custo, são feitos protocolos com natureza de Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde, com o intuito de dispor sobre os critérios de diagnóstico, o tratamento necessário e quais os medicamentos existentes para cada tipo de doença. Cada protocolo elaborado visa pesquisar sobre as considerações científicas do medicamento, a fim de que seja este selecionado ou não para compor a lista de disponibilidade no setor público e a doença a qual se insere (RICCI, 2012, p. 118-119).

Além da questão da dificuldade de inserção de medicamentos de alto custo no rol do Sistema Único de Saúde, outro problema está na disponibilização destes de forma isolada, já que não é observado o caso específico de cada paciente. É imprescindível frisar que cada pessoa apresenta as suas peculiaridades, sendo que a inserção do medicamento de forma genérica, quase sempre, não é suficiente para garantir a melhor qualidade de vida do paciente e até mesmo não condiz com a forma adequada para o tratamento deste (RICCI, 2012, p. 118-119).

Importa mencionar que, o fato do médico prescrever tratamento diverso ao que consta na lista de disponibilidade de medicamentos, sendo estes de alto custo, resultando na impossibilidade dos pacientes em dispor daquele tratamento específico. Não obstante, seguindo esse modelo de disponibilização de medicamento, o profissional que acompanha o paciente terá sua opinião descartada, devido à inviabilidade do acesso a melhor forma de tratamento. Este fato obriga o portador da doença a ingressar com ação judicial, em busca da garantia de seus direitos fundamentais (RICCI, 2012, p. 118-119).

Por conseguinte, sobre a distribuição de medicamento, as competências da União, Estados e Municípios não foram inseridas de maneira explícita na Constituição nem na lei. Com isso, os requisitos para repartição de competências inserem-se em atos administrativos federais, estaduais e municipais, como exemplo, a Portaria nº 3.916/98, do Ministério da Saúde, que trata da Política Nacional de Medicamento, constando uma lista de medicamentos passíveis de distribuição gratuita (BARROSO; 2009, p. 41).

Pontua-se que, o paciente quando descobre o câncer, precisa de maneira imediata do acesso a melhor forma de tratamento, isso porque é uma doença invasiva e que evolui muito rápido, dificultando cada vez mais a possibilidade de cura. Todavia, apesar da garantia constitucional sobre o tema, há um crescente índice de processos judiciais por medicamentos, decorrente da não efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.1 A NECESSÁRIA JUDICIALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER

No sentido genérico, pode-se caracterizar a judicialização como fenômeno organizado pela intervenção do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais. Nesse ponto, a via judicial serve como controlador das obrigações do Poder Legislativo, bem como uma forma de controle e alteração, a partir da aplicação dos meios processuais e das políticas públicas vigentes, mais especificamente, as políticas sociais de saúde (BORGES; UGÁ, 2009, p. 16-19).

Ao abordar sobre o tema, remete-se a aplicação do princípio da inafastabilidade da jurisdição, viabilizando que todo e qualquer cidadão tenha o direito fundamental de buscar o Poder Judiciário com o objetivo de afastar ameaça ou lesões a direitos. Cumulativamente, como fundamento da judicialização da saúde, tem-se a previsão constitucional do direito à saúde como um direito social, e ainda, a garantia do acesso universal e igualitário (KOZAN, 2019, p. 45-46).

Cabe destacar que, há uma evidente inconformidade da efetividade das diretrizes constitucionais formuladas para o Sistema único de Saúde (SUS), isso porque, apesar da previsão constitucional do direito à saúde como universal, na prática há uma busca constante da sociedade pela garantia dos seus direitos a partir do judiciário. Inclusive, demandas que envolvem a aquisição de medicamentos em caráter liminar, mais comumente em processos sumários e sem a licitação, o que conseqüentemente, interferem na administração das políticas públicas de saúde formuladas pelo Poder Executivo e na direção orçamentária realizada pelo Poder Legislativo (SARTORI; CZERMAINSKI, 2013, p. 67).

Há uma vasta discussão jurisprudencial sobre o tema. Nesse ponto, cabe destacar que, observadas as decisões do Supremo Tribunal Federal sobre a disponibilização de medicamentos de alto custo, restou demonstrado que a partir dos votos dos ministros nos processos, foram determinados critérios e parâmetros objetivos. O Estado obriga-se a custear o medicamento de alto custo requerido via judicial, mesmo este não estando incluído na política nacional de medicamentos ou programa de dispensação de medicamentos, mas deverão ser ponderadas questões comuns como, a impossibilidade de substituição do medicamento por outro já adicionado pelo SUS, e ainda, que seja comprovada a incapacidade financeira do enfermo em custeá-lo. Além desses critérios, alguns outros foram estabelecidos por cada ministro (REIS; OLIVEIRA, 2020, p. 129).

Para Luís Roberto Barroso, no que concerne a distribuição de medicamentos pelo SUS, o paciente apenas poderá requerer judicialmente, em ações individuais, medicamentos descritos nas listas feitas pelo Poder Público, seria a situação de efetivação de decisão já tomada pelo Estado. Todavia, a questão envolvendo inserção de novos medicamentos na lista,

seria possível por meio de demandas coletivas ou de controle abstrato de constitucionalidade, de forma excepcional. Ainda assim, obrigatoriamente, para inserção desses medicamentos, o judiciário só pode determinar a inclusão pela Administração, seguindo alguns requisitos, tais quais: os medicamentos devem ter eficácia comprovada, cuja disponibilidade das substâncias e seus fornecedores sejam do Brasil, e ainda, devendo privilegiar os de menores custos (BARROSO; 2009, p. 48-49).

Destarte, apesar de existir um rol de medicamentos, esse fato não deve interferir no pedido do jurisdicionado. Tal ato seria o mesmo que negar o acesso ao judiciário às pessoas que necessitam de medicamentos, violando o art. 5º, XXXV da Constituição Federal que aduz que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Diante da omissão do Poder Executivo e Legislativo, caberá ao Poder Judiciário acatar a finalidade de garantir o cumprimento dos direitos fundamentais para aqueles que necessitem do acesso à saúde. Apesar da obrigatoriedade de garantia pela via judicial, para o fornecimento dos medicamentos deve haver requisitos a serem observados, identificando a distribuição de itens que verdadeiramente sejam fundamentais aos beneficiados com a tutela jurisdicional (RICCI, 2012, p. 120-121).

Assim, a judicialização da saúde é efetivamente um processo necessário para a ascensão das políticas públicas de saúde, ainda que seja imprescindível a adoção de cuidados e limites na resolução do caso concreto, mantendo certo equilíbrio justo nas decisões que versem sobre o tema. Sendo assim, o Poder Judiciário passa a ter como objetivo “buscar soluções para as crescentes demandas sanitárias, ponderando os valores da democracia, da dignidade da pessoa humana, da fundamentalidade do direito à saúde, da limitação orçamentária, da discricionariedade administrativa e da cautela” (DIAS *et al*, 2016, p. 135).

Diante do que foi exposto, ao que concerne a dificuldade do fornecimento de medicamentos de alto custo para os pacientes diagnosticados com câncer, corresponde a não aplicação e efetivação do acesso universal e igualitário ao direito à saúde, pois a falta de tratamento ao paciente causa o avanço significativo da doença e até a morte do mesmo. Tais transtornos e humilhação vão contra princípios fundamentais, como o da dignidade da pessoa humana, o que colabora com a viabilidade de demandas judiciais para garantia da efetivação de direitos.

4.2 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Do ponto de vista mais específico, um grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na disponibilização de medicamentos de alto custo. Se por um lado há preocupação do governo com o aumento das despesas farmacêuticas, e ainda, com a manutenção da rede pública de saúde, este deve implementar novos planos de ação estratégicos. Como exemplo, há algumas possíveis medidas a serem realizadas, tais quais: a realização de ajustes com a indústria sobre as prioridades no financiamento, campanhas de sensibilização e informação sobre o custeio terapêutico dos novos medicamentos entre profissionais de saúde e sociedade, bem como o patrocínio seletivo, correspondente a eficiência e conhecimento sobre os valores dos medicamentos para as deliberações clínicas e terapêuticas. Logo, tais planos devem visar o atendimento das necessidades sanitárias, evidências científicas, avaliações de gasto e impacto orçamentário (OMS, 2009, p. 14-15).

Sobre os ajustes com a indústria farmacêutica, o ponto estratégico seria a implantação de negociações visando o entendimento entre esta e os entes públicos, voltados a estabelecer os limites máximos de contribuição pública, detalhes da retribuição de medicamentos de alto custo, analisando a efetividade, volume de vendas, resultados em saúde, dentre outros pontos. Ressalta-se a importância da indústria farmacêutica para garantia do acesso aos medicamentos, diante da responsabilidade com os produtos fabricados e comercializados. (OMS, 2009, p.15).

Outra questão importante consiste na adequação dos profissionais de saúde, para que estes tenham o conhecimento dos medicamentos, mais especificamente dos preços destes. Além disso, cabe a prestação de informações sobre o tema a sociedade civil, para a conscientização sobre os desafios enfrentados pela rede pública de saúde. Nesse sentido, tais ajustes garantiriam o uso racional do medicamento. (OMS, 2009, p. 15).

Em relação ao tratamento do paciente com câncer, deve-se ter como parâmetro que a partir da descoberta da doença, com o devido diagnóstico, toda atenção especializada precisa ser impulsionada, com a disponibilização de recursos materiais e humanos ao indivíduo. Com base nisso, o ajuste na gestão da concessão de capital para o Sistema Único de Saúde (SUS) acarretaria em aperfeiçoamento dos serviços disponíveis na rede pública para o tratamento da neoplasia maligna. Nesse ponto, as futuras leis orçamentárias devem refletir na efetivação e suporte do paciente, com o cumprimento das obrigações relacionadas à descoberta do tratamento até a disponibilização de serviços e insumos, observando o prazo legal e as garantias constitucionais (GOMES; 2013, p. 87).

Diante disso, há uma evidente necessidade de desenvolver uma política mais assídua de fornecimento desses medicamentos, com base em novos regulamentos e políticas públicas

que favoreçam melhores condições de acesso, além de novos planos estratégicos internos. Afinal as pessoas precisam de agilidade para o tratamento da doença, tendo em vista que, quanto mais rápido o acesso aos medicamentos, maior é a possibilidade de cura do paciente.

5 CONCLUSÃO

O acesso à saúde pública deve ser de forma universal e igualitária atendendo a todas as pessoas, independente do custo do tratamento de cada uma delas. Destarte, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para dar o atendimento a todas as pessoas do território nacional, sendo que é constituído por serviços da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de forma descentralizada conforme art. 198, I, da CF/88, visando justamente esse atendimento de forma mais eficaz, o que muitas vezes não acontece.

Quando se fala na obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) em fornecer medicamentos oncológicos de alto custo, alguns defendem a aplicação do princípio da reserva do possível, auferindo que quanto aos direitos sociais há um limite na sua efetivação, dependendo de cada caso. Ou seja, apesar dos princípios da universalidade e integralidade do sistema de saúde serem previstos constitucionalmente, isso por si só, não garantiria a gratuidade do acesso a medicamentos de alto custo para todos os pacientes diagnosticados com câncer.

Seguindo o critério da universalidade e igualdade no acesso aos pacientes oncológicos aos medicamentos de alto custo pelo SUS, o desejável é que haja um resultado em que todos tenham acesso ao mesmo serviço, a igualdade na distribuição de bens e medicamentos, provendo uma melhor qualidade de vida para aquele paciente que necessita do medicamento de alto custo. Diante disso, o ponto de partida é analisar a obrigatoriedade do Estado frente a essas demandas, em benefício daqueles que precisam urgentemente de tratamento.

Partindo do fato de que o direito a saúde é previsto constitucionalmente, os pacientes devem ter garantidos os seus direitos aos serviços e produtos disponíveis na rede pública que contribuam para efetivação desse direito. Diante desse fato, alegar a reserva do possível, anuindo à limitação de orçamento público para o custeio de medicamentos de alto custo, a fim de não efetivar direitos fundamentais, atinge diretamente a vida daqueles que deles necessitam. Dessa feita, qualquer discussão sobre o que deve ser disponibilizado gratuitamente, contradiz com os princípios do acesso universal e igualitário a saúde. Ressalta-se, ainda, que a falta da política de assistências aos pacientes oncológicos destoa com o ideário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sob essa perspectiva, embasando-se nos princípios constitucionais da universalidade e igualdade ao acesso à saúde pública, é indiscutível a obrigatoriedade do Estado em fornecer todo e qualquer tratamento, independentemente do custo deste, para o paciente com câncer. Salienta-se, por oportuno, que a supremacia das normas estabelecidas na Constituição Federal permite ratificar que o direito à saúde deve ser efetivado e aplicado em todos os contextos sociais. Além disso, o Estado deve se atentar a respeitar a pessoa com câncer, para conferir-lhe uma existência digna, sem preconceitos.

É evidente que essas questões englobam e afetam toda uma sociedade, afinal há de começar a tratar realmente o câncer como um problema sanitário no Brasil, a ser enfrentado pelo Estado, isso porque abrange a necessidade de ampliação da cobertura com devida assistência qualificada. Diante disso, são essenciais políticas públicas de prevenção, parâmetros para a avaliação dos pacientes e fornecimento de medicamento.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando; BUJDOSO, Yasmim; NASCIMENTO, Paulo Roberto Do; DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 10-39, 11 jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p10-39>. Acesso em: 15 set 2020.
- BARRIQUELLO, Carolina Andrade;CORREIO, Janaína Machado Sturza. As conformações contemporâneas para a garantia do acesso ao direito fundamental à saúde:dimensões preventiva e promocional **Revista Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário**. 2018 jan./mar,7(1):83-95. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i1.431>. Acesso em: 15 set 2020.
- BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Jurisp. Mineira, Belo Horizonte, a. 60, n° 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/516>. Acesso em: 01set 2020.
- BATISTA,Cláudia Karina; CALIL, Mário Lúcio Garcez. O Direito Fundamental de acesso a medicamentos e a função social da propriedade imaterial no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 1, p. 106-121, 30 jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p106-121>. Acesso em : 28 ago 2020.
- BATISTA, DelmaRiane Rebouças; MATTOS, Magda de;SILVA, Samara *Frizzeirada*.Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**. [online]. 2015 jul-set., p.499-510. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769215709>. Acesso em: 14 set 2020.
- BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e

limites para a atuação judicial. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 13-38, 1 jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i1p13-38>. Acesso em: 20 ago 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 16 set 2019.

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**. Brasília, DF, 19 set. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 27 out 2019.

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**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm. Acesso em: 16 nov 2019.

CUNHA JÚNIOR. Dirley. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª. ed. Bahia: Juspodivm, 2012.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; GOMES, Diógenes Farias; DIAS, Thaís Araújo; SILVA, Lielma Carla Chagas da; BRITO, Maria da Conceição Coelho; NETO, Manoel de Castro Carneiro. Judicialização da saúde pública brasileira. **Rev. Bras. Polít. Públicas** (Online), Brasília, v. 6, nº 2, 2016 p. 132-145. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v6i2.4012>. Acesso em: 06 set 2020.

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, jan.jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v2i1.31>. Acesso em: 14 set 2020.

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) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-03102019-114604/publico/JulianaFerreiraKozan.pdf>. Acesso em: 06 set 2020.

MARQUES, Silvia Badim. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o projeto de lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n.2, out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p64-86>. Acesso em: 15 set 2020.

MARTA, Gustavo Nader; MARTA, Taís Nader; ROSTELATO, Telma Aparecida; HANNA, Samir Abadalla; SILVA, João Luis Fernandes Da. Direitos humanos e proteção das pessoas com câncer. **Revista Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. 2011; 13: 28-29. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/5790/pdf>. Acesso em: 15 ago 2020.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: direito à saúde. **Revista**

Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2017 jan./mar, 6(2):25-41. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i2.367>. Acesso em: 12 set2020.

OMS.O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas / Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília : Organização Pan-

Americana da Saúde ; Ministério da Saúde ; Ministério das Relações Exteriores, 2009. 78 p.: il. (Medicamentos Essenciais, Acesso e Inovação –THR/EM, 1) ISBN: 978-85-7967-009-1.

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=430-o-acesso-aos-medicamentos-alto-custo-nas-americas-contexto-desafios-e-perspectivas-0&category_slug=assistencia-farmaceutica-958&Itemid=965. Acesso em: 16 set 2020.

REIS, Adriano Rodrigo; OLIVEIRA, Leandro Correa De. A judicialização dos medicamentos de alto custo no Brasil e a teoria dos custos dos direitos. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, v. 12, n. 2, p. 115-133, 27 fev. 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/18460>. Acesso em: 15 set 2020.

RICCI, Milena Mara da Silva. Direito à saúde: considerações a respeito do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 115-123, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v2i1.1658>. Acesso em: 27 out 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. Versão originalmente publicada na **Revista de Direito do Consumidor** n. 67, 2008, p. 125-172. Disponível

em:https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 07 nov 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 1, n. 1, p. 171-213, 25 mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.30899/dfj.v1i1.590>. Acesso em: 15 set 2020.

SARTORI, Alexandre Augusto de Toni; CZERMAINSKI, Silvia Beatriz Costa. Os centros de informação sobre medicamentos e o acesso e uso racional de medicamentos no Brasil à luz do direito sanitário. **Revista de Direito Sanitário**, v. 13, n. 3, p. 59-89, 28 fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i3p59-89>. Acesso em: 01 set 2020.

SCHIER, Paulo Ricardo; SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Direitos sociais, reserva do possível e o mínimo existencial: a aporia do meio adequado de satisfação. A&C – **Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 18, n. 74, p. 67-96, out./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21056/aec.v19i74.1047>. Acesso em: 15 set 2020.

SONOBE, Helena Megumi; BUETTO, Luciana Scatralhe; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(2):342-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200006>. Acesso em: 15 set 2020

WANG, Daniel WeiLiang. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 308-318, 1 jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i1p308-318>. Acesso em: 15 set 2020.