



A EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON) NA MATERIALIZAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA

THE EFFECTIVENESS OF THE NATIONAL ONCOLOGICAL CARE SUPPORT PROGRAM (PRONON) ON THE MATERIALIZATION OF FUNDAMENTAL HEALTH RIGHT AND THE PRINCIPLE OF HUMAN DIGNITY

<i>Recebido em:</i>	31/07/2018
<i>Aprovado em:</i>	26/10/2018

Gilberto Geraldino Filho ¹

Cleide Aparecida Gomes Rodrigues Fermentão ²

¹ Mestrando em Ciências Jurídicas pela UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá. Especialista em Direito Público, com ênfase em Direito Constitucional, em nível de pós-graduação lato sensu, pela Universidade Potiguar. Especialista em Direito aplicado, em nível de pós-graduação lato sensu, pela Escola da Magistratura do Paraná. Graduado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná. E-mail: ggfilho@mppr.mp.br

² Doutora em direito das relações sociais pela UFPR – Universidade Federal do Paraná. Mestre em Direito Civil pela UEM – Universidade Estadual de Maringá. Graduação em Direito pela UEM Universidade Estadual de Maringá. Professora na graduação e no programa de Mestrado da Unicesumar – Centro Universitário de Maringá. Pesquisadora do ICETI Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação; membro do IAP_Instituto dos Advogados do Paraná, e do IBDFAM Instituto brasileiro de direito de família. Advogada. E-mail: cleidefermentao@gmail.com



RESUMO

O princípio da dignidade humana encontra-se diretamente atrelado aos direitos fundamentais. O direito fundamental à saúde constitui um direito social implementado mediante políticas públicas. No combate ao câncer foi implantada a Política Nacional de Atenção Oncológica, e nesta o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON). A Controladoria-Geral da União avaliou a eficácia da política pública negativamente. Uma vez constatada a enfermidade de câncer o paciente tem direitos tutelados visando a proteção da dignidade humana do mesmo.

Palavras-Chave: dignidade humana; direito à saúde; atenção oncológica; efetividade.

ABSTRACT

The principle of human dignity is directly linked to fundamental rights. The fundamental right to health is a social right implemented through public policies. In the fight against cancer, the National Oncology Care Policy was implemented, and in this the National Cancer Care Program (PRONON). The Federal Comptroller's Office evaluated the effectiveness of public policy negatively.

Keywords: human dignity. health right; cancer care. effectiveness.

INTRODUÇÃO



Com o advento da Constituição Federal de 1988, o princípio da dignidade humana passou a ser considerado como fundamento da República Brasileira. Em torno do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana gravitam os direitos fundamentais, que encontram fundamento de validade diretamente naquele.

O direito à saúde se encontra abrangido no rol de direitos sociais fundamentais, implementado por políticas públicas. Neste contexto, se inserem as políticas públicas de atenção oncológica, considerando que o câncer, atualmente, é a principal causa de morte por doença.

O presente artigo pretende analisar a eficácia do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), política pública de saúde inserida nas medidas de combate ao câncer, visando a proteção à vida e a dignidade do paciente. O fundamento da pesquisa dar-se-á com base na análise de relatório de auditoria realizada no Ministério da Saúde pela Controladoria-Geral da União (CGU).

A presente pesquisa é importante para a ciência do direito em razão da análise da política pública como efetivação do direito fundamental à saúde e em atendimento à dignidade humana dos usuários do SUS. E o método a ser utilizado será o dedutivo, com pesquisa doutrinária, legislativa e jurisprudencial.

1. DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE HUMANA

A ideia de dignidade humana decorre de um conceito multifacetado, tendo origem na religião, na filosofia, na política e, por último no direito.



A dignidade da pessoa humana é a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em 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 assegurem 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 sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida. (SARLET, 2015, p. 70)

Assim, para o supracitado autor, a dignidade pode ser considerada como a qualidade intrínseca da pessoa humana, irrenunciável e inalienável, elemento que qualifica o ser humano como tal e dele não pode ser destacado, que deve ser reconhecida, respeitada, promovida e protegida, tanto pelo Estado quanto pela sociedade.

Com base na doutrina kantiana, a dignidade humana consiste na capacidade de autodeterminação e consciência de si mesmo, liberdade considerada em abstrato, como capacidade potencial que cada ser humano tem de determinar sua própria conduta. Citar a fonte)

A dignidade é algo que pertence a cada um e que não pode ser perdida ou alienada. Guia a atividade estatal a fim de que suas ações sejam no sentido de promover e preservar a dignidade, criando condições para seu pleno exercício, protegendo-a de qualquer interferência, seja dele Estado ou de terceiros.

A Constituição da República, promulgada em 1988, foi a primeira na história do constitucionalismo pátrio a prever um título próprio destinado aos princípios fundamentais, situado na parte inaugural do texto, logo após o preâmbulo e antes dos direitos fundamentais.



Observa-se a intenção do legislador constituinte de outorgar aos princípios fundamentais a qualidade de normas embasadoras e informativas de toda a ordem constitucional, principalmente das normas definidoras de direitos e garantias fundamentais. E a Constituição Federal alçou o princípio da dignidade humana à condição de fundamento da República Federativa Brasileira, o que, como bem ressalta Sarlet (2015, p. 89), importa dizer que o Estado existe em função da pessoa humana, e não o contrário.

Conforme Tepedino (1999, p. 48), a escolha da dignidade da pessoa humana como fundamento da República, associada ao objetivo fundamental de erradicação da pobreza e da marginalização, e de redução das desigualdades sociais juntamente com a previsão do § 2º do art. 5º, no sentido da não exclusão de quaisquer direitos e garantias, mesmo que não expressos, desde que decorrentes dos princípios adotados pelo texto maior, configuram uma verdadeira cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana, tomada como valor máximo pelo ordenamento. Assim, uma vez que a dignidade é elevada à condição de princípio constitucional estruturante e fundamento do Estado Democrático de Direito, o Estado passa a servir como instrumento para a garantia e promoção da dignidade das pessoas individual e coletivamente consideradas.

Com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, a dignidade passou a impor limites à atuação estatal, com o objetivo de impedir que o poder público venha a violar a dignidade pessoal, mas também numa perspectiva programática ou impositiva, a fim de que o Estado tenha como meta permanente a promoção e proteção da dignidade.

Daí surgiu a dupla dimensão positiva e negativa da dignidade, com a função de proteção e defesa e também prestacional. O Estado está autorizado e obrigado a intervir em face de atos de terceiros e de pessoas que atentem contra sua própria dignidade, em razão do caráter irrenunciável da dignidade. Neste sentido, a lapidar lição de Habërle, citado por Sarlet (2013, p. 137):



A dignidade humana possui uma dupla direção protetiva. Isso significa que “ela é um direito público subjetivo, direito fundamental do indivíduo *contra* o Estado (e contra a sociedade) e ela é, ao mesmo tempo, um encargo constitucional endereçado ao Estado, no sentido de um dever de proteger o indivíduo em sua dignidade humana em face da sociedade (ou de seus grupos). O Estado deve criar as condições para levar isso a cabo, de tal sorte que a dignidade humana não seja violada por terceiros (integrantes da sociedade). Esse dever constitucional pode ser cumprido classicamente, portanto, jurídicodefensivamente, mas também pode ser desempenhado jurídico-prestacionalmente; ele pode ser realizado por caminhos jurídicomateriais e por vias processuais (no sentido de um *status activus processualis*) bem como por meios ideais e materiais. Uma multiplicidade de combinações é imaginável.

Neste contexto, o Estado deve fomentar e proteger a dignidade humana por meio de ações prestacionais, em especial aquelas voltadas à proteção da vida e da saúde, que são concretizadas, dentre outras formas, por meio das denominadas políticas públicas.

2. DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

A dignidade da pessoa humana é o elemento que confere unidade de sentido e legitimidade a uma ordem constitucional. E o sistema de direitos fundamentais encontra respaldo direto na dignidade humana, na medida em que a pessoa é o fundamento e o fim da sociedade e do Estado.



Em atendimento ao princípio da dignidade, a Constituição Federal (CF) de 1988 reconheceu expressamente a saúde como um direito fundamental social³. Sendo um direito social, é implementado por meio das políticas públicas, competindo a todos os entes federativos sua proteção⁴.

O direito à saúde encontra-se disciplinado, ainda, nos arts. 196 e seguintes do texto constitucional, em que se enunciam as políticas públicas⁵ na área. Nos arts. 198 e 200, a Constituição prevê o Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando como diretrizes: “I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. No art. 200⁶ da CF se encontra a competência do SUS, não taxativa.

Como bem ressalta Dallari (1995, p. 32), da leitura dos dispositivos constitucionais atinentes a matéria é possível se extrair os seguintes princípios informadores dos processos de formulação, implementação e análise jurídica das políticas públicas de saúde: a) universalidade – o acesso às ações e serviços de saúde deve ser universal e igualitário a todos; b) caráter democrático e descentralizado da administração, com a participação da

³ O art. 6º, ao enunciar os direitos sociais, expressamente prevê a saúde como um primeiro deles, ao lado da educação, do trabalho e da moradia.

⁴ Conforme se lê do art. 23, inciso II, da Constituição.

⁵ Assim, o texto do art. 196 da Constituição estipula que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

⁶ *In verbis*: Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.



comunidade – implica na distribuição de responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre as várias esferas de governo, com preferência para a municipalização; c) atendimento integral (art. 198, II): com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das ações assistenciais; d) regionalização e hierarquização.

Em nível infraconstitucional, a atuação do SUS é orientada, também, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8.080/90)⁷. Os princípios que regem a atuação do SUS encontram-se definidos no art. 7º da Lei, onde se destacam: “I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...] IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...] IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; [...]”

3. BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL

De acordo com o Ministério da Saúde (1996), câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras partes do corpo. Qualquer célula do corpo pode

⁷ De cujo art. 2º se infere a natureza fundamental do direito a saúde, ao dispor que cabe ao Estado prover as condições indispensáveis para seu exercício, mediante a formulação e execução de políticas públicas preventivas, oportunizando condições de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.



se transformar e originar um tumor maligno, denominado câncer, que se origina nos genes de uma única célula, tornando-se capaz de se reproduzir formando uma massa tumoral no local (Yamaguchi, 2002).

De acordo com Silva (2005) e Chiattonne (1996), a origem da palavra câncer vem do grego *Karkinos* e do latim *Câncer*, ambos significando caranguejo, pela semelhança entre as veias ao redor do tumor externo. É uma doença antiga, existindo registro de sua presença desde os mais remotos anos da história da humanidade, na forma de um osteoma na vértebra de um dinossauro há 50 milhões de anos. Além disso, foram encontrados documentos rudimentares da literatura hindu e persa, que demonstraram conhecimentos rudimentares sobre a doença (Silva, 2005).

Os registros mais antigos de seu aparecimento são atribuídos a Hipócrates (460 a.C.), enquanto a característica destruidora da doença foi citada por Galeno, médico grego, primeiro pesquisador a classificar os tumores de pele em malignos e benignos e a considerar o câncer como um mal incurável (Silva, 2005; Trincaus, 2005).

Como bem observam Gonçalves *et al* (2016), nas últimas décadas, verifica-se uma importante mudança do perfil epidemiológico com expressivo aumento das doenças neoplásicas e outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre elas, o câncer. As DCNT já representam atualmente 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS)². Seguindo essa tendência mundial, em 2012, no Brasil as DCNT eram a causa de aproximadamente 74% (setenta e quatro por cento) das mortes.

Ainda ressaltam os pesquisadores (2016) que o câncer é a principal causa de morte por doença no mundo, tendo sido responsável por 8,2 milhões de mortes em 2012. Houve



um aumento no número de casos de câncer com 14 milhões de novos casos no ano de 2012 e uma expectativa de 22 milhões de novos casos anualmente nas próximas duas décadas.

Diante da gravidade da doença e seu aumento de incidência na população, como bem constatarem Parada e col. (2008), a abordagem do câncer no Brasil como problema de saúde pública se deu somente a partir da década de 1930, pela atuação de pesquisadores da área como Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo. O caráter nacional do controle do câncer viria sob a forma de criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, destinado a orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país.

Como aludem os pesquisadores (2008), em 1957, foi inaugurado o hospital-instituto (atual INCA), no Rio de Janeiro, que passou a ser sede do SNC. A partir de então, esforços de unificação das ações de controle do câncer resultaram, em 1967, na institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

E prosseguem concluindo que após um período de retrocesso nas políticas de controle do câncer na década de 70, foi criado, nos anos 80, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), com o objetivo de retomar o controle da doença. A partir da década de 90, com o processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), coube ao INCA o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (*Viva Mulher*) e, em 2000, as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área. Outras ações como a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica, através dos Centros de Alta Complexidade, foram implementadas nos últimos 10 anos.

Asseveram os pesquisadores ainda, que este esforço para consolidar ações nacionais de controle do câncer culminou, no final de 2005, com o lançamento da Portaria 2439/GM que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). De forma inovadora na



abordagem integrada de tratar a questão do câncer, esta Política estabeleceu diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos.

4. A PORTARIA N. 874/2013 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E A ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Em 2013, o Ministério da Saúde, pela Portaria n. 874/2013, instituiu a nova Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A política pública tem como principal objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pela doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos⁸.

Trata-se de mais uma política pública do governo federal brasileiro voltada a proteção e promoção integral da saúde por meio da prevenção e tratamento do câncer.

Conforme ensina Bucci (2006, p. 39),

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos,

⁸ Arts. 1º e 2º da Portaria n. 874/2013 MS.



expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados.

A política pública, assim, está voltada à realização de direitos por meio de arranjos institucionais que se expressam em programas de ação governamental complexos. Cuida-se de um conjunto de estratégias para fomentar o uso racional dos meios e recursos postos à disposição dos Poderes Públicos para desempenhar as tarefas próprias do Estado Social e Democrático de Direito.

A Portaria n. 873/2014 do Ministério da Saúde estabelece, em seu art. 28, quanto ao financiamento do programa, que além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; III - criação de fundos especiais; e IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS.

5. DO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA

No âmbito da Política Nacional de Atenção Oncológica, foi desenvolvido o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), instituído pela Lei nº 12.715/2012 e regulamentado pelo Decreto n. 7.988/2013.

Trata-se de um programa implantado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer, de modo a incentivar



ações e serviços desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos, de prevenção e combate ao câncer.

Conforme estabelecem os art. 8º e seguintes do Decreto n. 7.988/2013, as instituições interessadas e que preencherem os requisitos do Programa podem submeter projetos para avaliação do Ministério da Saúde. Após aprovação desses projetos, as instituições são autorizadas a captarem recursos com pessoas físicas e jurídicas, as quais se beneficiam com deduções fiscais no Imposto de Renda.

Por meio da Portaria n. 875/2013, o Ministério da Saúde regulamentou as regras e os critérios para a aprovação de projetos no âmbito do Programa Nacional de Atenção Oncológica para o ciclo de 2013. Posteriormente foi editada a Portaria n. 1.550/2014, referentes aos ciclos 2014-2016.

Como objetivo imediato do PRONON a normativa ministerial estabelece que as ações e os serviços de atenção oncológica a serem apoiados com os recursos captados por meio do programa compreendem a prestação de serviços médico-assistenciais, a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis e a realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais⁹.

O PRONON consiste em uma política pública com potencial para aprimorar a política nacional para a prevenção e controle do câncer. O modelo de financiamento por meio de renúncia tributária tem como função dar mais agilidade à alocação dos recursos, permitindo a diminuição dos custos administrativos na execução da política de atenção oncológica.

6. DA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON) COMO POLÍTICA PÚBLICA

⁹ Art. 2º da Portaria.



Em 2017, a Controladoria-Geral da União (CGU), por meio de sua Coordenação-Geral de Auditoria da Área da Saúde, realizou auditoria na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, o que culminou com a elaboração do Relatório de Avaliação dos Resultados de Gestão n. 201701280 (2017).

Considerando que a manutenção de uma política pública somente se justifica se seus benefícios sociais superarem seus custos, pela auditoria se buscou obter resposta aos seguintes questionamentos: 1. Em que medida os critérios estabelecidos para aprovação dos projetos do PRONON estão alinhados com as diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)? 2. O acompanhamento e monitoramento da execução dos projetos aprovados para o PRONON são adequados e são realizados conforme definido na Portaria GM/MS nº 1.550/2014? 3. Em que medida os resultados e impactos do PRONON contribuíram para o atingimento dos objetivos da PNPCC? 4. Em que medida a transparência por parte do Ministério da Saúde na divulgação da implementação do PRONON possibilita o controle social efetivo?

A CGU constatou, inicialmente, que sendo o PRONON uma política pública voltada ao financiamento de ações por meio da dedução no imposto de renda de pessoas físicas ou jurídicas dos valores destinados a projetos desenvolvidos por entidades filantrópicas e previamente aprovados pelo Ministério da Saúde, acabou por se concentrar em áreas mais desenvolvidas do País (Sul e Sudeste), com baixa incidência de projetos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, áreas de conhecida carência de serviços de atenção oncológica.

Em resposta a primeira indagação, a CGU apontou que os projetos executados no âmbito do PRONON não estão alinhados às necessidades da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Assim, o PRONON não tem sido efetivo em desenvolver ações onde há vazios assistenciais, bem como não há evidências de que os projetos aprovados são voltados a atuar sobre as principais necessidades de saúde no âmbito da assistência oncológica no SUS.



No que refere aos projetos do PRONON referentes à área assistencial, a auditoria da CGU (2017) constatou que aproximadamente 90% dos estabelecimentos não informaram a realização de atendimentos no SUS financiados pelo PRONON, demonstrando que há falhas na prestação de contas e que não haviam sido adotadas medidas pelo Ministério da Saúde para uma fiscalização eficiente.

Quanto ao controle de efetividade da política, a CGU (2017) verificou que o Ministério da Saúde não utiliza indicadores voltados a avaliar a execução do programa. Não há informações quanto aos resultados alcançados pelos projetos de forma individualizada, tampouco do PRONON de forma geral. Também não é possível afirmar que os recursos federais aplicados no PRONON contribuem para a redução dos vazios assistenciais, para a ampliação do acesso da população ao tratamento do câncer ou para o aprimoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

A auditoria da CGU (2017) apontou, também, que praticamente não há iniciativas, por parte do Ministério da Saúde, para acompanhar, monitorar, controlar e avaliar as ações realizadas no âmbito do PRONON. As prestações de contas dos projetos não foram apreciadas, não há indicadores voltados à avaliação do programa e não foram elaborados os relatórios de avaliação e acompanhamento previstos na Portaria GM/MS nº 1.550/2014. Para a CGU, este conjunto de fragilidades representa um grande risco de fraude e desvio de recursos, bem como de não ocorrerem melhorias no atendimento à população. SUS.

Conforme apontou a CGU, até 2017 haviam sido disponibilizados R\$ 430,55 milhões a instituições de saúde privadas por meio do PRONON, mas o Ministério da Saúde não tem informações que lhe permitam concluir quais foram os resultados do Programa e os impactos para a saúde da população decorrentes da aplicação destes recursos.



No que refere à transparência do Programa, a CGU apurou que não se fazia possível um controle social da política porque o Ministério da Saúde não disponibilizava dados essenciais dos resultados para consulta pública¹⁰.

7 - DIREITOS AO PACIENTE PORTADOR DE CANCER VISANDO A PROTEÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA

O paciente portador de câncer tem recebido do Estado alguns benefícios, que visam a proteção de sua dignidade. O câncer é considerado uma doença que causa grande índice de mortandade. Assim, quando a pessoa recebe o diagnóstico de tal enfermidade fica vulnerável fisicamente e emocionalmente. Para suavizar tais momentos, eles possuem os seguintes benefícios, que lhe garante a sua dignidade.

O trabalhador cadastrado no FGTS que tiver neoplasia maligna (câncer) ou que tenha dependente portador de câncer, poderá fazer o saque do FGTS. Para isso basta apresentar o atestado médico com validade não superior a trinta dias, contados a partir de sua expedição, contendo diagnóstico no qual relate as patologias ou enfermidades que molestam o paciente, o estágio clínico atual da moléstia e do enfermo. O valor do FGTS corresponde a todas as contas pertencentes a pessoa, inclusive do atual contrato de trabalho

O PIS pode ser retirado na Caixa Econômica Federal e o PASEP no Banco do Brasil pelo trabalhador cadastrado no PIS/PASEP antes de 1988 que tiver neoplasia maligna

¹⁰ A CGU constatou a impossibilidade de acesso público aos seguintes dados: objetivos e objetos dos projetos aprovados; motivações para as aprovações e reprovações dos projetos (no Diário Oficial da União é possível encontrar as portarias de aprovações dos projetos, mas não é publicada a relação dos projetos reprovados); nível de execução dos projetos; relatórios de acompanhamento dos projetos, conforme previsão dos normativos citados anteriormente; situação das aprovações das prestações de contas, conforme determina o art. 95 da Portaria GM/MS nº 1550/2014; resultados alcançados pelos projetos individualmente; resultados alcançados pelo PRONON de forma consolidada; e atas das reuniões ordinárias do Comitê Gestor.



(câncer), na fase sintomática da doença, ou que possuir dependente portador de câncer. Receberá também o auxílio doença, que é um benefício mensal – para o trabalhador temporariamente incapaz (por mais de 15 dias consecutivos). A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada por meio de exame realizado pela perícia

Outro direito concedido ao paciente com cancer é a aposentadoria por invalidez junto à Previdência social. É concedida desde que a incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS, independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença. E, receberá o acréscimo de 25% na aposentadoria por invalidez, e aquele que necessitar de assistência permanente de outra pessoa. (situações previstas no anexo I do Decreto 3.048/99).

Para proteger a dignidade do paciente, este receberá o benefício de 01 salário mínimo. A Lei Orgânica de Assistência social (LOAS) garante um benefício de um salário-mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais, que não exerça atividade remunerada, e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho. Tal benefício será dado se a renda familiar for inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário-mínimo,. O critério de renda caracteriza a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento.

A pessoa com câncer tem direito ao amparo assistencial ou benefício de prestação continuada: 1- critérios de idade, renda ou deficiência.2- Paciente que sofre de doença em estágio avançado, ou sofra consequências de sequelas irreversíveis do tratamento oncológico, com implicação do seu estado de saúde na incapacidade para o trabalho e nos atos da vida independente.3- Não estar vinculado a nenhum regime de previdência social ou receber quaisquer benefícios. 4- Mesmo quando internados.5- O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito à pensão a herdeiros ou sucessores. 6- O beneficiário não recebe 13º salário.



A Constituição Federal conferiu ao Estado, por intermédio do Sistema Único de Saúde, o dever de garantir, a todos, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, o direito à saúde de forma integral e igualitária, incluindo a assistência farmacêutica. O Ministério da Saúde publica no seu Portal na Internet todos os medicamentos incorporados ao SUS, bem como os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas criados para orientar o diagnóstico e o tratamento de determinadas doenças.

O paciente poderá socorrer-se mediante a judicialização da saúde, ou seja, pedir ao judiciário o medicamento que necessita. Tal pedido deve ser feito quando: Quando todas as alternativas administrativas fracassarem ou quando a urgência do caso não permitir a espera pela análise dos órgãos administrativos. O pedido deve ser feito por meio da Defensoria Pública; do Ministério Público; e a assistência judiciária ou defensoria pública. O CNJ recomenda aos Tribunais por meio da CNJ 031, visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

No que se refere ao Planos de saúde, é obrigatória a cobertura de quimioterapia oral, realizada fora de o ambiente hospitalar. Desde janeiro de 2014, os planos de saúde contratados a partir de 2 de janeiro de 1999 e adaptados, são obrigados a cobrir o tratamento antineoplásico à base de medicamentos orais de administração domiciliar. A ANS estabeleceu uma lista de medicamentos de uso oral em domicílio cuja cobertura é obrigatória, dependendo do tipo e estágio da doença.

Direito a cirurgia de reconstrução mamária. É a cirurgia plástica reparadora da mama, retirada, total ou parcialmente, em virtude do tratamento do câncer. Todo paciente com câncer de mama que teve a mama retirada total ou parcialmente em decorrência do tratamento tem o direito de realizar cirurgia plástica



reparadora. Por lei, tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) como o plano de saúde são obrigados a realizar essa cirurgia. Quando existirem condições técnicas e clínicas, a reconstrução mamária deverá ocorrer no mesmo ato cirúrgico de retirada da mama (mastectomia).

Legislação: Lei nº 9.656, de 3/6/1998 (art. 10-A) –planos e seguros privados de assistência à saúde. Lei nº 9.797, de 5/5/1999 –a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Lei nº 10.223, de 15/05/2001 (altera a Lei nº 9.656/98) obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Lei nº 12.802, de 24/04/2013 - (altera a Lei nº 9797) - o momento da reconstrução mamária.

Jurisprudência: o direito à cirurgia plástica para simetrização das mamas no SUS (TJSP – AC 0032212-47.2012.8.26.0554, AC 0032212-47.2012.8.26.0554). E, garantindo o direito à cirurgia plástica para simetrização das mamas pelo plano de saúde (TJSP – AC 0011457-80.2009.8.26.0659, AC 9110956-91.2004.8.26.0000, AC 9160763-41.2008.8.26.0000).

A Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio. Esta normatização tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em caso especiais, de um Estado para outro Estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, será autorizado o pagamento de despesas para acompanhante.



A pessoa com câncer tem direito à isenção de imposto de renda na aposentadoria. Os pacientes estão isentos do imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, e pensão, inclusive as complementações (RIR/1999, art. 39, XXXIII; IN SRF nº 15, de 2001, art. 5º, XII). (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV). Outro direito é a quitação do financiamento da casa própria, A pessoa com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença, possui direito à quitação, caso exista esta cláusula no seu contrato. Para isso deve estar inapto para o trabalho e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra

As parcelas do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH) serão quitadas pois existe seguro que garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte. Se estiver estabelecido em contrato. Em caso de invalidez, este seguro cobre o valor correspondente à cota de participação do paciente no financiamento. A entidade financeira que efetuou o financiamento do imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável.

O paciente com câncer é isento de IPI na compra de veículos adaptados, apenas quando apresenta deficiência física nos membros superiores ou inferiores que o impeça de dirigir veículos comuns. É necessário que o solicitante apresente exames e laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência. Também tem isenção de Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para veículos adaptados (imposto estadual – propriedade de veículos automotores). Isenção de Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU); e ISENÇÃO DO PAGAMENTO DE TARIFAS DE TRANSPORTE COLETIVO, dependendo das legislações municipais e estaduais. (Constituição Federal (art. 21, inciso XII; art. 25, inciso §1º; art. 30, incisos I e V).



Os benefícios ora mencionados muitas vezes dependem de normas municipais e estaduais nem sempre estando protegidos ao paciente de cancer, que enfrenta com a enfermidade momentos difíceis estando totalmente vulnerável, necessitando do Estado a tutelar a sua dignidade.

CONCLUSÃO.

O princípio da dignidade possuiu muitas acepções ao longo da história, mas com base na filosofia kantiana acabou por se firmar como o valor inerente a pessoa humana que o faz merecedor de respeito e consideração pelo Estado e pela sociedade, em especial diante das atrocidades experimentadas durante a Segunda Guerra Mundial.

No Brasil, a dignidade surgiu expressamente após a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, com o advento da Constituição Federal de 1988, que o alçou a condição de fundamento da República e princípio embasador de toda a ordem constitucional, razão pela qual ilumina a interpretação de todas as normas do ordenamento jurídico nacional, em especial daquelas definidoras dos direitos fundamentais.

Embora de reconhecimento posterior, o princípio da dignidade humana está umbilicalmente atrelado aos direitos fundamentais, servindo como fundamento da grande maioria daqueles, bem como quanto a critério de interpretação e elastecimento de suas abrangências.

E a efetivação dos direitos fundamentais sociais, em atendimento a dignidade humana, se dá mediante o estabelecimento de políticas públicas, destacando-se as da área da saúde, considerando que o direito à saúde que está umbilicalmente ligado à própria existência humana.



A fim de dar concretude a promoção e a proteção da saúde, o Estado Brasileiro passou a desenvolver políticas públicas na área da atenção ao câncer, devido à alta gravidade/letalidade da doença e ao seu aumento de incidência na população.

No espectro de políticas voltadas a atenção oncológica recentes, se inseriu o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), instituído pela Lei nº 12.715/2012 e regulamentado pelo Decreto n. 7.988/2013.

O programa tem por finalidade captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer, de modo a incentivar ações e serviços desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos, de prevenção e combate ao câncer.

Todavia, em auditoria realizada em 2017, a Controladoria-Geral da União (CGU) apontou diversas falhas na execução do programa, como a ausência de controle da efetividade do projeto, sua inadequação aos objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica, falta de transparência na disponibilização de dados para um efetivo controle social, dando margem à fraudes e lesão ao erário.

A proteção à dignidade humana do paciente com câncer conquistou alguns direitos que estão tutelados pelo Estado, tais como a aposentadoria, o recebimento do PIS, o benefício do LOAS, a reconstrução da mama, entre outros. Porém, mesmo com tais benefícios, com base na avaliação realizada pela CGU, é de se concluir pela ineficácia do PRONON, uma vez que os benefícios obtidos com o programa não suplantam os custos envolvidos em sua manutenção. Portanto, o programa não concretiza o direito fundamental à saúde nem promove a efetivação da dignidade humana.

REFERÊNCIAS.



ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. 2a Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

BARROSO, Luís Roberto. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: A Construção de um Conceito Jurídico à Luz da Jurisprudência Mundial. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016.

BRASIL. Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Coordenação-Geral de Auditoria da Área de Saúde. Relatório de Avaliação dos Resultados da Gestão n. 201701280. Disponível em <<https://auditoria.cgu.gov.br/>>.

BRASIL. Decreto Federal n. 7.988/2013, de 17 de abril de 2013. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7988.htm>

BRASIL. Lei Federal n. 8.080/90, de 20 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>

BRASIL. Lei Federal n. 12.715/2012, de 17 de setembro de 2012. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12715.htm>



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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 875, de 16 de maio de 2013. Estabelece as regras e os critérios para apresentação e aprovação de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD). ; Brasília: Ministério da Saúde 2013.

BUCCI, Maria Paula Dallari (Org). O Conceito de Política Pública em Direito. In: Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde. São Pauli: Hucitec, 1995.

GONÇALVES. Juliana G. SIQUEIRA, Alessandra S. E. ROCHA, Isabel G. A. LIMA, Eduardo F. F. ALVES, Letícia S. SILVA, Beatriz O. MENDONÇA, Paulo E. X. MERHY, Emerson E. LAND, Marcelo G. P. Evolução Histórica das Políticas para o Controle do Câncer de Mama no Brasil. *Diversitates International Journal*, v. 8, n. 1 (junho/2016). Disponível em <<http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/109>>

LEÃO, Lidiane Nascimento. Direito à Saúde e Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2017.



OLIVEIRA, Luciano Moreira. Ministério Público e Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2014.

PARADA, Roberto. ASSIS, Mônica. SILVA, Ronaldo C. F. ABREU, Maria F. SILVA, Marcos A. F. DIAS, Maria B. K. TOMAZELLI, Jeane G. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o Papel da Atenção Básica na Prevenção e Controle do Câncer. Revista de APS, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008. Disponível em <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps>>.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. 10ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade (da Pessoa) Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. 10ª Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

_____. Dimensões da Dignidade: Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

SARMENTO, Daniel. A Ponderação de Interesses na Constituição Federal, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003

_____. Dignidade da Pessoa Humana: Conteúdo, Trajetória e Metodologia. 2ª Ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016.

TEIXEIRA, Luiz Antonio, O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2010, 17. Disponível em:<<http://148.215.2.10/articulo.oa?id=386138052002>> ISSN 0104-5970



TEPEDINO, Gustavo. Temas de Direito Civil. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O Direito à Saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça. São Paulo: Edições Loyola, 2014.