



POLÍTICAS PÚBLICAS E DIGNIDADE HUMANA: ENTRE A SAÚDE ONCOLÓGICA NO BRASIL E O CUIDADO MULTIDIMENSIONAL À PESSOA COM CÂNCER

PUBLIC POLICIES AND HUMAN DIGNITY: BETWEEN ONCOLOGICAL HEALTH IN BRAZIL AND THE MULTIDIMENSIONAL CARE OF PEOPLE WITH CANCER

<i>Recebido em</i>	20/02/2026
<i>Aprovado em:</i>	10/07/2026

Tainara Jordana Prestes Bertoldo ¹

Maria Glória Dittrich ²

RESUMO

O câncer é uma doença que desperta atenção aos órgãos de saúde mundiais devido aos seus alarmantes números de acometimento e mortalidade. A Organização Mundial da Saúde estima que até 2050 35 milhões de novos casos de câncer surjam no mundo. Tratando-se de uma patologia de alta complexidade, que acomete pessoas de todas as idades, sexo e raças, houve a necessidade da criação de políticas públicas de saúde específicas para prevenção, atenção e tratamento oncológico. Considerando o ser humano como multidimensional e que a saúde pública brasileira garante o atendimento integral, o presente ensaio teve por objetivo entender de que forma o Sistema Único de Saúde contempla o cuidado multidimensional da pessoa com câncer dentro das políticas públicas oncológicas no Brasil. Para tanto, foram apresentados os fundamentos constitucionais e principiológicos que orientam as políticas públicas oncológicas no Brasil; compreendeu-se o ser humano e o cuidado multidimensional; e destacou-se as principais políticas públicas de saúde e saúde oncológica no país. Ao final, mostrou-se que o Sistema Único de Saúde do Brasil garante a atenção integral à população, de modo que

¹ Advogada. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas da UNIVALI. Graduada em Direito pela UNIVALI.

² Professora e pesquisadora da UNIVALI no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas. Graduada em Filosofia pela Fundação Educacional de Brusque. Mestre em Educação pela Fundação Universidade Regional de Blumenau. Doutora em Teologia pela Escola Superior de Teologia.



as políticas públicas específicas às pessoas com câncer abarcaram disposições acerca desse cuidado integral, mencionando, por vezes, circunstâncias relacionadas às multidimensionalidades do ser humano, não atendo-se somente ao tratamento biomédico. A pesquisa adotou o método dedutivo, tendo em vista partir de fundamentos teóricos e normas legais, aplicando-os para a compreensão uma hermenêutica fenomenológica acerca do cuidado multidimensional à pessoa com câncer, no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Oncológica; Cuidado; Políticas Públicas; Pessoa Com Câncer.

ABSTRACT

Cancer is a disease that has drawn the attention of global health authorities due to its alarming incidence and mortality rates. The World Health Organization estimates that by 2050, 35 million new cases of cancer will emerge worldwide. As a highly complex pathology that affects individuals of all ages, genders, and races, it has required the development of specific public health policies for cancer prevention, care, and treatment. Considering the human being as multidimensional and the fact that the Brazilian public health system guarantees comprehensive care, this essay aims to understand how the Sistema Único de Saúde – SUS addresses the multidimensional care of people with cancer within Brazil's oncological public policies. To this end, the study presents the constitutional and principled foundations that guide oncological public policies in Brazil; examines the human being and the concept of multidimensional care; and highlights the main public health and oncological health policies in the country. The findings show that Brazil's Unified Health System ensures comprehensive care for the population, and that specific public policies for people with cancer encompass provisions related to such comprehensive care, at times explicitly referring to the multidimensional aspects of the human being, rather than focusing solely on biomedical treatment. The research adopted the deductive method, starting from theoretical foundations and legal norms and applying them to develop a phenomenological hermeneutics of multidimensional care for individuals with cancer within the context of public health policies in Brazil.

Keywords: Oncological Health. Care. Public Policies. Person With Cancer.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em 1990 pela Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além



de estabelecer a organização e funcionamento dos serviços, sendo um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e a mais importante política pública de saúde no país (Brasil, 1990).

Esta lei foi instituída após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece no seu artigo 6º a saúde como um direito social fundamental do ser humano, o que obriga o Estado a promover as condições indispensáveis para seu pleno exercício, estabelecendo como competências do Sistema Único de Saúde a fiscalização e desenvolvimento de tecnologias ligadas à saúde, assegurando o desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 1988).

O SUS é regido, fundamentalmente, por três princípios: universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990). Diante deles, é possível relacionar esta política pública com o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, já que ele é constitucionalmente caracterizado como um dos norteadores das relações humanas, estando a dignidade diretamente ligada à vida. Este princípio tem como características a impossibilidade de renúncia e alienação, sendo reconhecida e atribuída como algo inerente a cada ser humano, como qualidade intrínseca da pessoa (Sarlet, 2009).

Baseada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, principal documento que destaca a dignidade da pessoa humana como virtude de todos, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 destaca a dignidade como fundamento do Estado Democrático de Direito, possuindo caráter de princípio constitucional, sendo apresentada em seu art. 1º, inciso III, assumindo natureza simultaneamente de limite e tarefa dos poderes estatais e da comunidade em geral, de todos e cada um (Brasil, 1988).

Uma vez que o sistema de saúde nacional deve ser garantidor, portanto, da universalidade do tratamento, da equidade e da integralidade, o Sistema Único de Saúde do Brasil ramifica-se, sendo integrado por inúmeras iniciativas de atenção às mais diversas complexidades em saúde apresentadas pelos indivíduos, visando garantir a manutenção da dignidade das pessoas.



Dentre essas iniciativas, a prestação de serviços de saúde voltados para pacientes oncológicos é uma das áreas mais sensíveis e cruciais dentro do sistema de saúde pública nacional.

A importância das políticas de atenção oncológica se dá, principalmente, pela relevância epidemiológica e social do câncer, considerado como uma das três doenças que mais matam a nível mundial, com a projeção do surgimento de 35 milhões de novos casos até o ano de 2050, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2024).

No Brasil, somente no ano 2023 identificou-se a incidência de 704.080 de casos de câncer, e 231.694 óbitos pela doença no ano de 2022 (Instituto Nacional de Câncer, 2023; Global Cancer Observatory, 2022). Sendo caracterizado pela rápida criação de células anormais que crescem além dos limites habituais, espalhando-se para outros órgãos, com a ocorrência de metástase como seu último estágio, o câncer não vê distinção de idade, raça, sexo, acometendo crianças, adultos e idosos, homens e mulheres, das mais variadas etnias (Instituto Nacional de Câncer, 2022).

Mas para que se possa assegurar a dignidade das pessoas acometidas pelo câncer, é preciso considerar a integralidade do seu cuidado, compreendendo a constituição da multidimensionalidade do ser humano, como corpo-criante. O ser humano é uma integralidade viva, formada pelas dimensões biopsicoespiritual, sociocultural e ecológica, de maneira que o sentir-pensar e agir do ser humano advém da relação entre estas dimensões (Dittrich, 2013).

Com efeito, na essência das multidimensões do ser humano encontra-se a necessidade do cuidado ao ser da saúde, apresentando-se antes de qualquer ato, e estando presente, por consequência, em toda atitude e situação de fato que envolve o ser humano nas suas amplas relações, as quais vêm acompanhadas e imbuídas de cuidado da vida que se estrutura biopsicoespiritualmente e socioculturalmente dentro de um ambiente de convivência. O cuidado é reconhecido como um modo-de-ser essencial em defesa e respeito a vida do ser humano na saúde. É um fenômeno que possibilita a existência humana enquanto humana (Boff, 1999; Heidegger, 2005).



O cuidado é um paradigma novo de relacionamento para com a natureza, para com a Terra e para com os seres humanos. É uma atitude, fonte permanente de atos, que se deriva da natureza do ser humano (Boff, 2012).

Diante disso, entender como o Sistema Único de Saúde, por intermédio das políticas públicas de saúde oncológica, contempla o cuidado multidimensional às pessoas com câncer é imperativo, uma vez que não é incomum relacionar a atenção à saúde apenas com a dinâmica biomédica de tratamento. Portanto, para que se chegue a esta compreensão, é necessário entender a dinâmica entre o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde no Brasil, perceber e envolver as multidimensões do ser humano e o cuidado, e interpretar as políticas públicas oncológicas de maior destaque no país.

1. A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A noção do princípio de dignidade inicia na Grécia antiga, desenvolvendo a ideia de dignidade no contexto humano, procurando a construção da ideia de um homem com validade universal e normativa (Martins, 2003). Naquela época a dignidade condizia com a posição social ocupada pelo indivíduo e o seu grau de reconhecimento pelos demais membros da comunidade, o que admitia a existência de pessoas mais dignas e menos dignas (Sarlet, 2009).

O avanço da compreensão da dignidade se deu com o pensamento Cristão, onde entendia-se que o homem é concebido à imagem e semelhança de Deus, sendo ele, criador de tudo que existe, superior ao mundo. Portanto, a grande mudança no entendimento deste princípio em relação à Grécia antiga reside no fato de que, por serem concebidos à imagem e semelhança de Deus, todos os homens são radicalmente iguais (Martins, 2003).

Em relação à filosofia grega, que tinha a percepção de dignidade ligada às virtudes do ser humano, aceitando a existência de graus de dignidade, o pensamento cristão foi além, conferindo a todas as pessoas o valor intrínseco e inalienável da dignidade, independentemente de sua sabedoria e status social, sendo todas as pessoas radicalmente iguais. As concepções cristãs de dignidade serviram de base para o entendimento



contemporâneo de dignidade da pessoa humana trazido por Immanuel Kant, considerando as virtudes (amor e fé) e a racionalidade do ser humano como estruturas constitutivas da forma de ser livre no sentir, pensar e conviver dentro de uma cultura.

Foi no âmbito do pensamento jusnaturalista dos séculos XVII e XVIII que a compreensão da dignidade da pessoa humana passou por um processo de racionalização e laicização, sendo mantido o entendimento fundamental de que todos são iguais em dignidade e liberdade (Sarlet, 2009). Na compreensão fundamentada por Kant o sujeito é livre para dar a si mesmo sua própria lei, reafirmando o papel da racionalidade na ética, de que o homem é sujeito de conhecimento, ativo, criador, capaz de se sentir responsável por seus próprios atos e de ter consciência sobre seus deveres, existindo o ser racional como um fim em si mesmo, e não apenas como meio para o uso desta ou daquela vontade (Martins, 2003). Ou seja, as ações do ser humano devem ser realizadas com base na sua dignidade e dos demais, criando leis fundamentadas na razão, desvinculando-se da emoção.

O direito de humanidade abarcado por Kant é a própria liberdade, apresentada também como um direito inato, que pertence a cada uma das pessoas. A dignidade tem origem na liberdade, e ambas devem ser preservadas e existem antes mesmo de adentrar no estado de direito. Para o filósofo, a liberdade de um ser humano pode coexistir com a liberdade dos demais, sendo o único direito original que é inerente a todas as pessoas conforme sua humanidade (Pagno, 2016).

Logo, a dignidade humana relaciona-se tanto com a moral, no sentido de respeito e honestidade, quanto com o direito, relacionada com a liberdade e criação de leis em que prevalece a vontade comum. Serve, ainda, como conexão para a moral e para o direito, sendo um valor essencial que cada homem carrega em si mesmo, que não tem preço, devendo ser reafirmado em relação aos outros, pautando-se no ideal de que o ser humano é um fim em si mesmo e nunca um meio. É um direito e um dever de todos para consigo e os demais.

A dignidade da pessoa humana encontra respaldo em documentos internacionais e nacionais, dentre eles a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Logo no



artigo 1º deste documento já se estabelece que “todos os seres humanos nascem livres e **iguais em dignidades** e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (United Nations, 2024) (grifou-se). Ou seja, já se denota neste documento o princípio da dignidade da pessoa humana como inerente a todos, e a necessidade de agir com sua humanidade para si e para com os outros. Compreende-se que, em sendo os seres humanos iguais em dignidade, todos devem ser tratados com o mesmo respeito, possuindo o mesmo valor moral.

Em nível nacional, foi na Constituição de 1988 que a dignidade da pessoa humana assume caráter ao mesmo tempo de limite e tarefa dos poderes estatais e da comunidade em geral, de todos e cada um, garantindo que o Estado realize suas ações tanto no sentido de preservar a dignidade existente, quanto objetivando a promoção da dignidade, criando condições que possibilitem o pleno exercício e proveito (Sarlet, 2009). Portanto, o princípio da dignidade da pessoa humana é qualidade intrínseca e distintiva de todos os seres humanos, que são merecedores do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade em geral, envolvendo direitos e deveres fundamentais que guardem a pessoa contra todo e qualquer ato degradante e desumano, e que garantam condições existenciais mínimas para uma vida saudável, por intermédio do respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

No território brasileiro é dever do Estado a garantia do direito à saúde, já que ele é parte da vida digna por sua essencialidade, uma vez que o ser depende de um organismo íntegro e saudável para sua existência. A Constituição Federal de 1988 aborda o direito à saúde como um direito social fundamental, trazendo-o em seu artigo 6º, em conjunto com o direito à educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados, sendo todos competência do Poder Público, a serem postos em prática mediante políticas públicas (Brasil, 1988). Sendo assim, os artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, impõem a saúde como um direito de todos e dever do Estado, cabendo ao Poder Público dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle de ações e serviços de saúde, podendo a execução deles ser realizada diretamente pelo



Estado, por intermédio de terceiros, ou por pessoa física ou jurídica de direito privado. Ainda, dispõem que as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, estabelecendo o caráter de sistema único, descentralizado, de atendimento integral, com participação da comunidade, tendo seu financiamento realizado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, além de outras fontes (Brasil, 1988).

No compasso em que a saúde passou a ser considerada direito social fundamental, estabelecida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, foi necessária a criação de políticas públicas que então pudessem endossar essa garantia de direito, dignidade e continuidade da vida. Mas antes de melhor compreender as políticas públicas de saúde no Brasil, é preciso que seja entendido o cuidado multidimensional e apresentado o destinatário dessas ações, aquele que sofre os fenômenos do processo saúde-doença e que precisa do cuidado: o ser humano.

2. O CUIDADO MULTIDIMENSIONAL À PESSOA COM CÂNCER

Para Martin Heidegger – que foge das conceituações fixas e universais trazidas desde os filósofos gregos – o ser humano é compreendido como o *Dasein*, não podendo ser pensado como um ente estático, estando sempre em movimento, vivendo conforme o presente, o passado e o futuro, lançado no mundo ao encontro com a morte (Heidegger, 2005).

O filósofo afirma que o ser não o é apenas porque está aqui, presente, diante dos olhos. Ele entende que o ser se dá no tempo, de forma dinâmica. Apresenta a capacidade de questionar o sentido do ser, e está sempre em relação com o mundo, com as coisas e com os outros (Heidegger, 2005). O ser humano é aquele que existe a partir do seu questionamento acerca do sentido de sua vida, que surge de dentro de si enquanto ser-aí-no-mundo. Ou seja, não é o corpo biológico que faz o ser, ele não é “coisa”, é a consciência de saber questionar o sentido de ser, é perceber os fenômenos, é estar inserido no mundo, com o mundo e com os outros, é temporal – relacionando-se com aquilo que já foi (passado), o que é (presente) e o que está por vir (futuro). O filósofo propõe que o ser



humano é imbuído de cuidado, que em todas as suas situações, atos e fatos o cuidado se faz presente, sendo algo natural do ser, e que sem ele o ser não pode ser compreendido (Heidegger, 2005).

Edgar Morin, em sua obra “O Paradigma Perdido: a natureza humana” (Morin, 1973), ao retratar a hominização, mostra que o surgimento do *Homo sapiens* se deu por um desenvolvimento complexo e multidimensional, sofrendo interferências genéticas, ecológicas, cerebrais, sociais e culturais, sendo esses traços essenciais uns aos outros. Ele retrata o ser humano como um “complexo bioantropossociológico”.

É possível então perceber como dimensões do ser humano a biofísica (com a biologia, genética, fisiologia), a sociocultural (com o meio em que vive, as relações que nutre, e as experiências que percebe), e a espiritual (com a capacidade de questionar o sentido de sua existência). A combinação destes três pilares torna o ser quem ele é, como ser-no-mundo-com-outros, com capacidade de perceber e compreender fenômenos, de criar e de cuidar (Heidegger, 2005).

Além das dimensões que compõe o ser humano, é preciso também compreendê-lo como sendo de dignidade, assim como retratado anteriormente. Ao entender o ser humano como de dignidade, assume-se a obrigação de cuidá-lo como tal, de respeitá-lo diante suas escolhas, de não interferir em suas decisões, não lhe causando mal, dando-lhe autonomia e buscando agir de forma boa. Assim, compreendendo o ser humano como esse todo vivo, como um ser-no-mundo-com-outros temporal e dinâmico, multidimensional, determinado pelo seu meio social e cultural, pela sua genética/biologia, sua espiritualidade, capacidade de criar e cuidar, pode-se compreendê-lo, também, como alguém suscetível a angústias, sofrimento e enfermidades.

Percebe-se que as dimensões espiritual e sociocultural, baseadas no cuidado, na vontade de viver e experienciar a vida materializam o humanescer, fazendo com que a dimensão biofísica possa aproveitar este acolhimento e criar forças para se manter saudável.

O conceito de humanescer ainda pouco difundido no âmbito da saúde estabelece um fenômeno humano em que há o sentimento de amor incondicional à vida, que se manifesta



através do encontro com o outro, com a cultura, com a sociedade e com a natureza, onde os atos dos indivíduos ocorrem com significado para a vida (Dittrich; Uriarte Neto, 2016).

A realidade é transformada dentro de cada um, com respeito, amor e cuidado. Ao questionar suas dores, alegrias e sofrimentos, o ser humano percebe a necessidade de cuidado a si mesmo e ao outro, sendo capaz de contribuir com a humanescência do próximo (Dittrich; Uriarte Neto, 2016). Trata-se de uma conduta altruísta, em que um ser quer e tem a intenção de ajudar o outro a ser, a humanescer. E ao fazê-lo, preenche-se também com a humanescência, redescobrando seu propósito, seu amor à vida e sua humanidade.

Na saúde, o humanescer de um ser humano leva ao humanescer do outro que o está cuidando. Durante a vida estes atos de cuidar e ser cuidado se intercalam, e aquele que antes encontrava-se saudável pode se perceber acometido por algum mal tornando-se alguém que, mais do que qualquer outro, necessita de cuidado integral, multidimensional, a fim de que volte a encontrar sentido de seu viver seja pelo caminho do amor à vida, do sofrimento, ou de atividade criativa.

O cuidado é constitutivo do ser humano no mundo, como já aduzia Heidegger, provocando uma maneira de ser daquele que cuida, o qual deve perceber as necessidades da pessoa a ser cuidada, considerando a integralidade de suas dimensões, no dia a dia da sua vivência em sociedade. O cuidado à vida relaciona-se com a busca do sentido de viver na relação com seus pares, com a cultura, a natureza e o transcendente, despertando, portanto, uma atitude fundamental a ser vivida (Meirelles; Dittrich, 2021).

Através dessa relação de cuidado do ser humano com o mundo da cultura, com os outros e consigo mesmo é que acontece o humanescer e a cura. A cura é uma característica ontológica do ser humano no mundo, e diz respeito às possibilidades de poder e ter coragem de ser diante das adversidades, zelando pela saúde como um bem-estar multidimensional para um bem viver. Percebe-se, então, que o ser humano carece de cuidado – consigo mesmo e por parte de quem irá assisti-lo – em todas as suas dimensões, a fim de que seu corpo-criante possa sustentar suas relações com os demais



seres humanos, com o mundo e com suas singularidades biopsico-espiritual, encontrando sua cura.

E no processo saúde-doença, o cuidado à saúde é determinado pelas relações do ser-no-mundo-com-outros e pela conexão entre razão e emoção, e o pensar, sentir e agir. Tendo em vista o ser possuir autonomia de se fazer constante, ele age de forma a preservar a própria vida e, por consequência, sua saúde, de modo que suas emoções indicam seu poder de cura (Dittrich, 2013). Logo, o corpo-criante que se encontra doente precisa de cura para sua dimensão biofísica, mas também carece de cuidado para suas demais dimensões pelos outros corpos-criantes que o assistem e tratam, conciliando, ainda, com o ambiente em que está sendo acolhido, mantendo um equilíbrio do seu *eu*.

Heidegger trata o que se entende comumente por cuidado como “cura”, afirmando que o ser-no-mundo é cura em sua essência. Para ele, a cura é o *ser* da “presença” (humano), e enquanto totalidade originária da estrutura do ser, a cura se encontra antes de toda atitude e situação do humano (Heidegger, 2005). O ser humano é, portanto, sempre cuidado. E por esta visão, o cuidado relaciona-se a como o ser se preocupa com as coisas, como se relaciona com os outros, e como ele vive nas suas escolhas na forma de habitar e de existir.

O que Heidegger traz ao entendimento é que o cuidado, por estar intrínseco ao ser humano, não acontece da forma como se está acostumado a pensar – como uma vontade de acolher o outro, tratá-lo e amá-lo. O cuidado está nas relações, sejam elas boas ou ruins, está no uso e na realização daquilo com que se ocupa, está no fato de que certas coisas já foram impostas, sem que se pudesse escolher, e que outras existem como possibilidades, para que se possa decidir de que forma se quer ser, e de que distrações podem levá-lo a agir de forma automática, sem dar-se conta de que não está seguindo o seu propósito de vida. Logo, o cuidado será individual, ainda que existente a todos. Ele acontecerá de acordo com a realidade de cada ser humano, da forma com que cada fenômeno a ele se apresenta diante de sua consciência. Neste sentido, Roselló (2009) traz que o cuidado deve ser singularizado, já que cada ser tem sua própria realidade e situação no mundo, o que interfere diretamente no seu processo saúde-doença, a forma como seu sofrimento



se apresenta e como sua vulnerabilidade entoa. E este cuidado singular, deve considerar todas as dimensões do ser, tornando-o ótimo.

E mesmo devendo ser singular, não quer dizer que o cuidado seja solitário. Para que se possa garantir a individualização do cuidado, é preciso que seja percebido como aquele ser humano está inserido em sua comunidade, compreendidas as suas perspectivas e entendida a sua realidade junto daqueles que o cercam. Isso porque o cuidar do ser humano enfermo necessita da colaboração entre pessoas cujo núcleo seja ele mesmo (comunidade) (Roselló, 2009). Aqui traz-se a relação com o que é abordado por Heidegger, o cuidado como solicitude, suas relações com os outros. O ser não deve sentir o cuidado somente em si, mas também deve estar ciente da existência de cuidado junto aos demais seres.

Pelo ser humano ser um ente de cuidado, ele tanto necessita cuidar como também ser cuidado, diante de suas limitações e finitude. E Roselló (2009) ajuda a entender que cuidar de alguém requer a presença física, mas não somente e não de qualquer maneira, requer *ser-com-ele*, ajudar o outro a ser, em sua singularidade e especificidade. É estar com alguém fisicamente, mentalmente e espiritualmente, a fim de acompanhá-lo, guardar sua integridade e sua multidimensionalidade. Ou seja, apesar de o ser humano ter intrínseco em si o cuidado, para cuidar de outro ser é preciso perceber a realidade em que aquele está inserido, seu meio social e cultural, seus atos cotidianos, é necessário unir forças entre aqueles que o cercam. É compreender as crenças e descrenças, os amores e pesares, os gostos e desgostos, respeitando-os, acolhendo-os, aceitando-os e reconhecendo-os.

Além disso, ao cuidar, o ser humano relaciona-se com o outro, dá a ele a possibilidade de humanescer, fazendo com que diante de sua capacidade de questionar seu ser, identifique novas razões para sua existência e defina propósitos para sua vida, realizando-se. Ou seja, o cuidado voltado ao acolhimento de alguém que se encontra enfermo é acolher o outro durante sua angústia, sua transformação. É ser apoio enquanto o outro redescobre seu amor à vida e seu sentido de viver, é auxiliar no percurso de



adaptação e redescobrimiento de seu equilíbrio biopsico e independência pessoal. O cuidado é o que faz o humano ser humano para um bem viver.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ONCOLÓGICA

Tendo em vista a compreensão do cuidado e daquele que o receberá, é preciso então que sejam apresentadas as políticas públicas de saúde no Brasil, destacando aquelas que trazem ações e serviços voltados à saúde oncológica, e suas abordagens acerca do cuidado multidimensional.

Com a redemocratização e promulgação de uma nova Constituição em 1988, houve a concretização do Movimento da Reforma Sanitária, que buscava melhorias nas condições de vida da população, idealizando transformações necessárias em todo o setor de saúde. Por meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas, grupos sociais buscavam transformar o setor de saúde no Brasil, visando a melhora das condições de vida e de atenção à saúde da população, a prestação estatal de serviços de saúde, além de, como pano de fundo, buscar o desenvolvimento da democracia com o fim da ditadura (Maeyama; Dolny; Knoll, 2018).

A principal política pública de saúde no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080/1990. Essa Lei dispõe e regula as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, em todo território nacional, sendo eles executados isolada ou conjuntamente, em situação permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (Brasil, 1990).

O SUS estabelece que o Estado deve garantir a saúde da população com a formulação e execução de políticas que busquem reduzir o risco de doenças e outros agravos, além de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e equitativo para as ações e serviços que atuem na promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

As disposições da Lei 8.080/1990 estabeleceram os princípios desta política pública, de modo que três deles se destacam como fundamentais: **universalidade** (compreende que a saúde é um direito de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar este direito,



garantindo que todas as ações e serviços sejam disponibilizadas a todos, independentemente de características sociais ou pessoais); **equidade** (visa diminuir as desigualdades, uma vez que as pessoas não são iguais, tendo necessidades distintas, tratando desigualmente os desiguais, com maior investimento onde a carência é maior); e **integralidade** (as pessoas são consideradas como um todo, com a atenção a todas as suas necessidades, é onde apresenta-se o pressuposto de que a saúde deve ser articulada com outras políticas públicas visando o equilíbrio do bem-estar multidimensional do ser) (Ministério da Saúde, 2024).

Estes princípios norteadores do SUS tem por objetivo o fornecimento à população de serviços e ações de saúde, que visem o cuidado integral do ser humano, com base nas suas características multidimensionais e todos os graus de necessidade, além de considerar as desigualdades apresentadas pela população e contemplar diferentes ações de acordo com as diferentes carências.

O conceito de saúde mais comumente disseminado é o estabelecido no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde o qual dispõe que saúde é o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não somente a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization, 2024).

Entretanto, é necessário entender a saúde sob uma perspectiva de evolução histórica, de forma que haja conexão com a multidimensionalidade do ser humano, e para que faça sentido o humanescer. É preciso considerar que os paradigmas de saúde necessitam ser revisados, levando em consideração os fenômenos que ocorrem com o ser humano.

Em 2011, um editorial publicado pelo *British Medical Journal* apresentou uma definição de saúde mais dinâmica do que aquela que vem sendo adotada pela OMS. Sugeriu-se que a saúde deveria ser compreendida como “a capacidade de adaptação e autogestão”, em face de desafios sociais, físicos e mentais (Huber *et al*, 2011). Ainda que este conceito não esteja amplamente disseminado e aceito, é possível perceber que, se comparado com aquele trazido em 1948, este consegue melhor abranger a



multidimensionalidade do ser humano, compreendendo o ser como *ser-no-mundo-com-outros*.

A capacidade de adaptação traduz a capacidade que o ser humano tem de, mesmo acometido por alguma patologia, modificar-se para reaprender a viver com aquela condição, encontrando um novo equilíbrio vital. Já a capacidade de autogestão representa a habilidade que o ser humano tem de ser/estar independente, apesar das condições que esteja suportando. E assim como saúde, doença também não pode ter uma definição estática, não podendo considerá-la apenas pelo caráter biológico, sendo necessário que haja uma combinação entre as situações psicoespirituais e socioculturais, as experiências do ser humano e os amplos aspectos biológicos da doença, atingindo uma abordagem interdisciplinar e multidimensional.

Estes entendimentos contemporâneos de saúde e doença traduzem o que é entendido como “processo saúde-doença”, demonstrando que ambas coexistem na forma de um processo dinâmico no existir humano.

O processo saúde-doença, então, é caracterizado pelas diversas variáveis que envolvem as condições de saúde e de doença do ser humano, considerando a interligação destes dois estados e pressupondo que ambos são consequências dos mesmos fatores. Ou seja, não somente agentes etiológicos podem afetar a saúde e a doença, mas também servem como influenciadores os meios social, econômico, cultural e biológico, o momento histórico em que as pessoas vivem e o desenvolvimento científico da humanidade (Viana, 2024).

E neste sentido é que o Sistema Único de Saúde se desmembra em serviços e ações que se ocupem das inúmeras mazelas que afligem o ser humano, com prestação de serviços de alta, média e baixa complexidade, atendendo a dimensão física, psicológica e espiritual dos pacientes. Com relação à presente pesquisa, direciona-se o estudo para a atenção aos pacientes acometidos por neoplasias (câncer).

Como dito, o Brasil passou a apresentar, então, um sistema de saúde público único e universal, sendo o único no mundo a “garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV,



sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e **aos pacientes com câncer**” (Ministério da Saúde, 2022) (grifou-se). Logo, foram criadas políticas públicas oncológicas vinculadas ao SUS, que buscam prover a assistência específica para pacientes portadores de neoplasias, como, por exemplo, as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e as legislações que determinam prazos para realização de atendimentos e exames de forma prioritária àqueles que tenham recebido diagnóstico da doença.

Câncer é o termo genérico utilizado para se referir a um grande grupo de doenças que podem afetar quaisquer partes do corpo, podendo ser chamado também de tumores malignos ou neoplasias. Ele é caracterizado pela rápida criação de células anormais que crescem além dos limites habituais, invadindo partes adjacentes do corpo e espalhando-se para outros órgãos, sendo o último processo da doença chamado de metástase. A metástase generalizada é a principal causa de morte por câncer (World Health Organization, 2022).

Faz parte do grupo de doenças não-comunicáveis (como diabetes e doenças cardíacas) que vêm atingindo índices crescentes e responsáveis por 70% (setenta por cento) de todas as mortes (World Health Organization, 2024).

No ano de 2024 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou que são estimados 35 milhões de novos casos de câncer até o ano de 2050 no mundo, um aumento de 77% em comparação com os 20 milhões de casos estimados em 2022 (World Health Organization, 2024).

Para gerar ações mais efetivas de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência ao câncer é importante estabelecer linhas de cuidado que perpassem por todos os níveis de atenção e modalidades de atendimento, podendo embasar um conjunto mínimo de atividades e procedimentos necessários, além de estimar custos, trazendo à administração (gestão e assistência) um referencial para atenção e cuidado dos pacientes oncológicos de acordo com cada tipo de câncer (Ministério da Saúde, 2020).

Neste sentido, sem a intenção de discorrer acerca de todas as políticas públicas oncológicas existentes no Brasil, será feito um breve apanhado referente às principais legislações relativas ao tema.



A Portaria nº 2.439/2005, hoje revogada, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, que foi implementada em todas as unidades federadas. Esta política visava remediar a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão referentes à atenção oncológica no País. Além disso, buscou implementar processos de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, para qualificar a gestão pública (Brasil, 2005a).

No ano de 2005, ainda, surge a Portaria 741/2005, que determinou a conceituação dos estabelecimentos de assistência oncológica, conferindo seus papéis na atenção à saúde, além de ter atualizado o sistema de credenciamento, adequando-o à prestação dos procedimentos de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo. Ainda, essa Portaria auxiliou os gestores na regulação do acesso, controle e avaliação da assistência oncológica. Foi a partir deste dispositivo que as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia foram criados, serviços de atenção exclusiva às pessoas acometidas por câncer (Brasil, 2005b).

Este dispositivo apresenta um caráter mais técnico já que define parâmetros de classificação e credenciamento dos serviços oncológicos. Não obstante a criação de serviços específicos para a atenção ao paciente oncológico, as políticas públicas de saúde seguiram buscando as garantias de direitos à parcela da população afetada por neoplasias.

Revogando a Portaria nº 2.439/2005 adveio a Portaria nº 874/2013, que 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, dando continuidade aos esforços de redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer, diminuição da incidência de alguns tipos de neoplasia, e de contribuição para melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos (Brasil, 2013).

Dentre os princípios e diretrizes estabelecidos por esta Portaria, destacam-se para a presente pesquisa aqueles relacionados ao cuidado integral, dispostos nos artigos 12 a 14 da Portaria (Brasil, 2013):



Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas.

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo;

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença;

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam.

Percebe-se que esta Portaria se importou com a necessidade da atenção integral às pessoas com câncer, destacando o atendimento multiprofissional e em todos os níveis de atenção, de forma facilitada, de acordo com a realidade de cada um. Entretanto, não há menção à multidimensionalidade do ser, tornando a compreensão de cuidado integral vinculada apenas ao sentido biomédico.

Apesar da instituição destas Portarias, ainda se fez necessária a promulgação de leis que acentuassem direitos e garantias das pessoas com câncer. A Lei 12.732/2012 trata do primeiro tratamento de paciente com diagnóstico firmado de neoplasia maligna, bem como estabelece o prazo para início. Fica determinado por esta Lei, no seu artigo 2º, que



o paciente diagnosticado com câncer tem o direito a se submeter ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir da data em que for firmado o diagnóstico. O §3º do mesmo artigo ainda traz que, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja câncer, os exames necessários para compreensão do caso devem ser realizados em até 30 (trinta) dias (Brasil, 2012).

Aqui pode-se compreender que o paciente oncológico goza de prioridade no atendimento e tratamento relativo à doença que o acomete, possuindo o direito de acompanhamento integral ágil pelo Sistema Único de Saúde, visando a não progressão da doença e, quando possível, sua cura. Percebe-se, portanto, o intuito desta Lei em assegurar uma vida digna às pessoas com câncer, diante da tentativa de resguardá-las dos agravos causados pela doença.

Já a Lei 14.238/2021 instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer. Nesta Lei são estabelecidos os princípios e objetivos do Estatuto, os direitos fundamentais dos pacientes oncológicos e seus familiares, bem como os deveres da família, da comunidade, da sociedade e do poder público. Como principais princípios e objetivos desta Lei, em relação à presente pesquisa, destacam-se o respeito à dignidade da pessoa humana, humanização da atenção ao paciente e à sua família, e a contribuição para a melhoria na qualidade de vida e no tratamento da pessoa com câncer (Brasil, 2021).

Os princípios supramencionados estabelecem relação direta com aquilo que até este momento vem sendo ressaltado. A primazia pela vida digna como ponto de partida para qualquer iniciativa relacionada à prestação de serviços de saúde. Na medida em que é garantido à pessoa com câncer o exercício de sua dignidade sem amarras, podendo ser aquilo que escolhe ser. Além da garantia da possibilidade de a pessoa com câncer poder ser-aí-no-mundo-com-outros, com a conexão de um ser com seus pares, possibilitando o humanescer.

Para o estudo que se faz nessa pesquisa, alguns dos direitos fundamentais expressos no Estatuto se sobressaem, trazendo consigo aspectos que norteiam o cuidado integral àquele que está acometido pelo câncer. Não significa dizer que os demais não tenham o



mesmo intuito, pelo contrário, mas é possível evidenciar de forma nítida algumas correlações com o que fora destacado até o momento na pesquisa.

O direito de acesso a tratamento menos nocivo, adequado ao seu quadro clínico específico, de forma universal e equânime, por exemplo, conversa diretamente e especialmente com a dimensão biofísica do ser humano; a proteção do seu bem-estar pessoal, social e econômico enlaça tanto a dimensão biofísica, quanto a sociocultural e a espiritual; já o direito de ser acolhido pela sua própria família e receber tratamento domiciliar priorizado acentua principalmente as dimensões sociocultural e espiritual do ser.

Os deveres estabelecidos na Lei 14.238/2021, direcionados às famílias, às comunidades, à sociedade e ao poder público, revelam que o cuidado não é, e nem deve ser, solitário, alinhando-se com o que vem sendo reiterado nesta pesquisa. O itinerário da cura de uma pessoa com câncer não deve ser praticado unicamente pela equipe técnica multiprofissional, o cuidado às multidimensões do ser humano deve ser compartilhado por todos aqueles que fazem parte da sua realidade, de sua comunidade, singularizando seu cuidado, adequando-se aos fenômenos experimentados por aquele que está enfermo.

Ao final do Estatuto, destaca-se que o direito à saúde da pessoa com câncer será garantido por meio da efetivação de políticas públicas comprometidas com seu bem-estar físico, psíquico, emocional e social, a fim de preservar ou recuperar sua saúde, obrigando o atendimento integral à saúde da pessoa com câncer (Brasil, 2021).

Ainda que essa disposição apareça apenas na parte final do Estatuto, ela parece constituir seu núcleo essencial, orientando os princípios, objetivos, direitos e deveres nele estabelecidos. Ao reconhecer as múltiplas dimensões do ser humano e determinar a necessidade de um cuidado integral, o texto legal concretiza o **direito à dignidade da pessoa humana**, compreendido em sua totalidade.

Assim, o Estatuto reafirma o princípio da integralidade, fundamento do Sistema Único de Saúde, que reflete o dever do Estado de assegurar o cuidado em todas as dimensões do ser humano. As disposições finais, portanto, retratam a compreensão de que a dignidade da pessoa com câncer só é plenamente respeitada quando o cuidado em



saúde ultrapassa a dimensão biológica e alcança também as dimensões psíquica, emocional e social. Pelo menos em teoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde no Brasil busca seu cumprimento por intermédio de políticas públicas que ofereçam acesso universal, equitativo e integral à população. Neste sentido, as políticas públicas de saúde oncológica devem visar, assim como dispõe os princípios do Sistema Único de Saúde, a atenção integral à pessoa com câncer.

Das políticas públicas destacadas neste ensaio, percebe-se que o poder público se atentou em dispor sobre o cuidado integral. Em diversos momentos esta categoria é apresentada nos artigos das legislações acerca da saúde oncológica, inclusive com a menção de circunstâncias relacionadas às múltiplas dimensões do ser humano – comprometimento com bem-estar físico, psíquico, emocional e social.

Apesar de os dispositivos não serem claros quanto à multidimensionalidade do ser humano e nem embasarem a compreensão de cuidado – o que de fato sequer caberia a uma legislação – o que pode tornar o itinerário de cura um processo mecânico e biomédico, ainda sim o intuito de resguardar a dignidade das pessoas com câncer é o embasamento mais evidente nas políticas públicas de saúde oncológica.

Diante da percepção que se fez acerca do cuidado multidimensional às pessoas com câncer nas políticas públicas de saúde oncológica no Brasil, é importante que novas pesquisas sejam realizadas a fim de compreender como se dá este cuidado nos serviços oncológicos, se há o entendimento das dimensões do ser humano, se durante o itinerário de cura são oferecidos serviços e ações que acolham à pessoa com câncer e seus entes próximos, e, sobretudo, se há busca pela garantia da dignidade de cada um.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 abr. 2024.



BRASIL. Lei nº 12.732, de 2012. Brasília, 22 nov. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm. Acesso em: 14 de março de 2024.

BRASIL. Portaria número 2.439, de 08 de dezembro de 2005a. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html. Acesso em: 21 de março de 2024.

BRASIL. Portaria nº 741, 19 de dezembro de 2005b. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em: 21 de março de 2024.

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, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 15 mar. 2024.

Boff L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis: Vozes; 2012. 296 p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 10. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 199 p.



DITTRICH, Maria Glória. O corpo-criante, cuidado à saúde e arteterapia. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (org.). **Anais: 18º Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2013. p. 20-36. Disponível em: https://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais_2013/DITTRICH-Maria-Gloria-O-corpo-criante.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

DITTRICH, Maria Glória; URIARTE NETO, Mario. Humanescer na saúde: um olhar sobre a formação universitária. In: FARHAT, Eleide Margarethe Pereira; DITTRICH, Maria Glória (org.). **Educação e saúde: políticas públicas e vivências dialógicas**. Itajaí: Editora da Universidade do Vale do Itajaí, 2016.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**: parte I. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 325 p.

HUBER, Machteld *et al.* How should we define health? **British Medical Journal**, [S.L.], v. 343, n. 262, p. 1-3, 26 jul. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51523299_How_should_we_define_health. Acesso em: 01 abr. 2025.

Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Estatísticas de câncer**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>. Acesso em: 11 jun. 2024.

Instituto Nacional de Câncer - INCA. **O que é câncer?** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 07 jun. 2024.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY. **Cancer Today**. 2022. Disponível em: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/76-brazil-fact-sheet.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2025.

MAEYAMA, Marcos Aurélio; DOLNY, Luíse Lüdke; KNOLL, Rosálie Kupka (org.). **ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**: aproximando teoria e prática. Itajaí: Univali, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.univali.br/pergamumweb/vinculos/pdf/Aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20E-book.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MARTINS. Flademir Jerônimo Belinati. **Dignidade da Pessoa Humana**: princípio constitucional fundamental. Curitiba: Juruá Editora, 2003. 142 p.

MEIRELES, Marcos Vinicius da Costa; DITTRICH, Maria Glória. A contribuição da espiritualidade natural para a saúde em tempos de crise. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 19, n. 60, p. 1184-1201, set./dez. 2021.



MORIN, Edgar. **O Paradigma perdido**: a natureza humana. 6. ed. Florianópolis: Biblioteca Universitária, 1973. 222 p.

Ministério da Saúde. **ABC do Câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro_abc_6ed_0.pdf. Acesso em: 21 nov. 2024.

Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Editora Ms, 2002. 44 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 09 maio 2024.

Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 13 ago. 2024.

PAGNO, Luana. A dignidade humana em Kant. Barbarói, [S.L.], n. 47, p. 223-237, 10 maio 2016. **APESC - Associação Pro-Ensino em Santa Cruz do Sul**. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i47.9560>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9560>. Acesso em: 11 out. 2024.

ROSELLÓ, Francesc Torralba I. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009. 195 p.

SARLET, Ingo Wolfgang. A Eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009. 488 p.

United Nations. **International Human Rights Law**. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law> 2024. Acesso em: 09 jul. 2024.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Processo Saúde-Doença. 2024. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/332141/mod_resource/content/1/Vianna%20-%20Processo%20sa%C3%BAde%20doen%C3%A7a.pdf. Acesso em: 28 nov. 2024.

World Health Organization. Cancer. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acesso em: 26 abr. 2024.

World Health Organization. Constitution. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 26 ago. 2024.



World Health Organization. **Global cancer burden growing, amidst mounting need for services**. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>. Acesso em: 26 abr. 2024.