FIOCRUZ | Brasília

ISSN: 2358-1824

Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario

Artigo

Entre a lei e a prática: análise do tempo para tratamento do câncer de cabeça e pescoço na região Norte do Brasil

Between law and practice: an analysis of time to treatment for head and neck cancer in Northern Brazil

Entre la ley y la práctica: un análisis del tiempo de tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello en el Norte de Brasil

José Gabriel Miranda da Paixão[1]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0003-1513-8144
gabrielpaixao@msn.com

Izabela Lorena Gonçalves da Silva[2]
Ordem dos Advogados do Brasil, Belém, PA.
https://orcid.org/0009-0004-8143-1001
izabelalsg@gmail.com

Claudia do Socorro Carvalho Miranda[3]
Universidade do Estado do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0002-1913-7176
cllaumiranda@gmail.com

Nelson Veiga Gonçalves[4]
Universidade do Estado do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0003-0276-9318
nelsonveiga@uepa.br

Resumo

Objetivo: avaliar o contexto do atendimento de um tipo específico de câncer, no estado do Pará, levando em consideração o tempo para tratamento, características clínicas e possíveis justificativas práticas para tal contexto. **Metodologia:** tratou-se de um estudo transversal e quantitativo. Foram analisados dados do prontuário físico de 568 pacientes atendidos entre os anos de 2018 e 2022, considerando dados demográficos, clínicos e tempo de espera até o tratamento conforme disposto na Lei nº 12.732/2012. Foi realizada análise descritiva, inferencial e estimativa de Kaplan-Meier. **Resultados:** as características demográficas da casuística analisada reforçam os resultados descritos nacionalmente, bem como a nível mundial. Porém, o tempo para o tratamento foi em média 128,55 dias, sendo evidenciadas diferenças estatisticamente significativas no tempo para tratamento quando

[1] Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Médico, Complexo Hospitalar, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
[2] Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Advogada, Ordem dos Advogados do Brasil, Belém, PA, Brasil.
[3] Doutora em Biologia Parasitária da Amazônia, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Professora, Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.
[4] Doutorado em Ciências da Informação, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Professor Adjunto, Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

CC BY

OPEN ACCESS

DOI https://doi.org/10.17566/ciads.e2026035

analisadas as variáveis estadiamento clínico e localização primária, tanto na análise inferencial quanto em relação ao estimador Kaplan-Meier. Houve maior atraso no tratamento para casos de tumor de boca, laringe e para casos de estadiamento precoce. **Conclusão:** evidenciou-se disparidades no acesso ou na agilidade do tratamento conforme a localização primária do tumor e estadio da doença, em pacientes com câncer de cabeça e pescoço devido a condicionantes sistêmicas regionais que o determinam. Portanto é mister observar o câncer como um grupo de doenças diferentes entre si para que se possa delimitar melhor as características específicas da população estudada e da rede de saúde, para que produzam dados que embasem de forma mais equânime a elaboração de políticas públicas, bem como as legislações e decisões judiciais que envolvem pacientes oncológicos.
Palavras-chave: Neoplasias; Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Tempo para o Tratamento; Estimativa de Kaplan-Meier.

Abstract

Objective: to evaluate the context of care for a specific type of cancer in the state of Pará, Brazil, considering time to treatment, clinical characteristics and possible practical reasons for this situation. **Methodology:** this is a quantitative, cross-sectional study. Data were analyzed from the physical medical records of 568 patients treated between 2018 and 2022; demographic and clinical data, as well as waiting time until treatment — considering Law No. 12.732/2012 — were collected. Descriptive and inferential analyses were performed, alongside Kaplan-Meier estimation. **Results:** demographic populational data was aligned with both national and global findings for Head and Neck Cancer patients. However, the average time to treatment was 128.55 days; statistically significant differences in time to treatment were observed regarding clinical staging and primary tumor location in the inferential analysis, as well as in Kaplan-Meier estimation. Longer treatment delays were noted for tumors of the oral cavity and larynx, the same occurring for cases diagnosed at an early stage. **Conclusion:** disparities in access to treatment or the speed at which it is provided are evident among head and neck cancer patients—varying according to the tumor's primary site and disease stage—due to underlying systemic and regional factors. Therefore, it is essential to view cancer as a group of distinct diseases to better define specific characteristics of a population and its healthcare network, thereby generating data that can more equitably inform public policies formulation, as well as the legislation and judicial decisions concerning cancer patients.
Keywords: Neoplasms; Head and Neck Neoplasms; Time-to-Treatment; Kaplan-Meier Estimate.

Resumen

Objetivo: evaluar el contexto de atención para un tipo específico de cáncer en el estado de Pará, considerando el tiempo de tratamiento, las características clínicas y posibles justificaciones prácticas para este contexto. **Metodología:** se trata de un estudio transversal y cuantitativo. Se analizaron datos de las historias clínicas de 568 pacientes atendidos entre 2018 y 2022, recolectándose información demográfica, clínica y el tiempo de espera hasta el tratamiento, de acuerdo con la Ley N.º 12.732/2012. Se realizaron análisis descriptivo, inferencial y estimación de Kaplan–Meier. **Resultados:** las características demográficas de la muestra refuerzan los resultados descritos a nivel nacional e internacional. Sin embargo, el tiempo medio hasta el tratamiento fue de 128,55 días, encontrándose diferencias estadísticamente significativas para esta variable al analizarse el estadio clínico y localización primaria, tanto en el análisis inferencial como en la estimación de Kaplan–Meier. Se observó mayor retraso en los casos de tumores de cavidad bucal, laringe y en los con estadios tempranos **Conclusión:** en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se observan disparidades en el acceso y la rapidez del tratamiento, según la localización del tumor primario y el estadio clínico, debido a factores sistémicos regionales. Por lo tanto, es fundamental considerar el cáncer como un conjunto de enfermedades distintas para poder definir mejor características específicas de la población estudiada y la red de atención sanitaria, con el fin de generar datos que

respalden de manera más equitativa el desarrollo de políticas públicas, así como la legislación y las decisiones judiciales relacionadas.
Palabras clave: Neoplasias; Neoplasias de Cabeza y Cuello; Tiempo de Tratamiento; Estimación de Kaplan-Meier.

Introdução

Em 2050, os óbitos por câncer crescerão 75% em relação aos registrados em 2024[1]. Essa doença é um conjunto de patologias complexas que surgem via múltiplos mecanismos de tumorigênese que levam a formação de proliferações celulares sem controle, as quais tem padrão de crescimentos diversos de acordo com sua localização e com as barreiras anatômicas e imunológicas as quais estão expostas, podendo ocorrer, por exemplo, destruição de estruturas anatômicas adjacentes e metástases a distância[2]. Apesar da origem em comum, trata-se de um grupo de doenças que diferem bastante entre si do ponto de vista epidemiológico, clínico e de morbimortalidade.

Cada componente desse grupo, apesar de partilharem uma base fisiopatológica mais ou menos comum, possui sua própria etiologia, comportamento biológico e fatores de risco particulares. Por exemplo, o câncer de orofaringe apresenta estreita relação com infecção pelo herpes vírus humano[3,4]; Já o câncer de pele é influenciado pela incidência de radiação ultravioleta, manifestando-se mais em áreas corporais com maior exposição ao sol, bem como em populações residentes em áreas onde existe grande incidência de radiação ultravioleta[5,6]; O câncer de tireoide é uma doença na maioria das vezes decorrente de alterações genéticas hereditárias que se manifestam de maneira pouco agressiva, resultando em 98% a 100% de sobrevida em cinco anos para os pacientes adequadamente tratados[7,8]. Quando falamos de agressividade, uma neoplasia maligna pode apresentar-se ora como uma doença curável, como o linfoma de Hodgkin, ora como uma doença bastante letal como o adenocarcinoma pancreático[9].

Somando-se a isso, as mudanças de comportamento e do ambiente, principalmente as que alterem mobilidade, dieta e que resultem em exposição a poluentes ambientais, favorecem não só o incremento no número de casos de câncer, como também na mortalidade por essa doença[10]. Logo tendo em vista a crescente importância desse grupo de doenças, é mister que se tenham uma busca por informações mais detalhadas a respeito de cada um de seus tipos para que se possa dar uma melhor atendimento e suporte à população.

Na Região Norte o câncer de cabeça e pescoço (CCP) foi escolhido como o tipo avaliado no estudo devido à grande demanda suprimida no estado e à suspeita de que havia atraso no cumprimento do prazo de 60 dias para atendimento na maioria dos pacientes, devido a grande quantidade de pacientes diagnosticados em estadiamento avançado[11,12].

Nesse sentido, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, representa um marco normativo no campo do direito sanitário brasileiro ao reconhecer que o tempo é uma variável determinante no prognóstico oncológico. O legislador partiu da compreensão de que o estigma social associado ao diagnóstico de câncer, somado às dificuldades de acesso ao sistema de saúde, frequentemente retarda a busca por atendimento especializado, tornando ainda mais urgente a atuação célere do Estado após a confirmação diagnóstica. Diante disso, o artigo 2º da referida Lei estabelece que o paciente com neoplasia maligna comprovada tem direito ao primeiro tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo máximo de 60 dias contados da data de firmação do diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica registrada em prontuário único.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que incorporou o conteúdo da antiga Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013[13], estabelece exceções a esse lapso temporal com base no comportamento biológico de determinados tipos de neoplasia, reconhecendo a heterogeneidade clínica do câncer como grupo de doenças. O descumprimento sistemático desse prazo tem sido uma das principais motivações para a judicialização do acesso ao tratamento oncológico no âmbito do SUS, fenômeno crescente no Brasil que, embora instrumento legítimo de efetivação do direito fundamental à saúde previsto no artigo 196 da Constituição Federal, impõe desafios à gestão pública ao privilegiar individualmente o acesso de quem possui capacidade de recorrer ao Poder Judiciário, em detrimento dos demais pacientes que aguardam nas filas administrativas.

Esse cenário reforça a necessidade de que as decisões judiciais e as políticas públicas em oncologia sejam orientadas por dados epidemiológicos locais e regionais desagregados por tipo de câncer, e não por estatísticas agregadas que podem mascarar realidades assistenciais distintas dentro de um mesmo sistema de saúde.

No âmbito nacional, existem publicações que avaliam o tempo de atendimento para tipos variados de câncer à luz do prazo da Lei citada, sendo que na maioria das vezes os pacientes recebem tratamento até 60 dias[14,15], muito embora esses resultados variem quando o estudo analisa um único tipo de câncer[16,17,18]. No âmbito regional, contudo, os trabalhos são escassos e os poucos dados existentes mostram uma realidade diferente das outras regiões do Brasil[19,20].

Considerando que a promoção da saúde do paciente oncológico perpassa o cuidado integral, independente da raridade do tipo de câncer[21], e a crescente demanda de casos em uma população que tende a uma transição demográfica e mudança dos perfis de morbimortalidade, com aumento gradativo de casos de neoplasia maligna[1,22], são necessárias informações mais específicas sobre esses diversos tipos câncer e a população à qual a eles incidem, para que ocorra monitoramento contínuo e atenção a desdobramentos técnicos e sistêmicos, de um modo que se permita melhor controle social no âmbito da saúde pública[23,24].

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o contexto do atendimento de um tipo específico de câncer em um estado da Região Norte do Brasil, com uma área territorial de 1.245. 870,798 Km² e 8.664.306 habitantes, no qual existe um único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) – o Hospital Ophir Loyola – situado em Belém, em cujo Registro Hospitalar de Câncer (RHC) foi realizada uma parte da coleta de dados. Levou-se em consideração o tempo para tratamento e características clínicas para possíveis justificativas práticas para um contexto de grande quantidade de casos em estadiamento avançado. Tal estudo é relevante, pois dentro de uma população já sabidamente fragilizada há nuances que precisam ser reconhecidas, principalmente relacionadas ao tipo específico de câncer e às populações não comumente representadas em grandes estudos, como os pacientes oncológicos com CCP. Dessa forma pode-se estimular a elaboração de relatórios e estudos direcionados a tipos de cânceres específicos, não considerando o grupo como sendo monolítico ou ressaltando apenas os tipos mais incidentes, gerando uma base para leis e decisões judiciárias mais equânimes.

Metodologia

Definiu-se o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022 para coleta de dados, pois, no momento do desenvolvimento da pesquisa, eram os dados mais recentemente consolidados pelo RHC local.

Sendo assim, prontuários físicos de pacientes cujo diagnóstico era CCP foram fonte de coleta, considerando-se somente os registrados de acordo com o Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID: C00 a C10, C12 a C14 e C32). Os critérios de inclusão foram: apresentar diagnóstico histopatológico confirmando a doença maligna, cadastro no RHC com um dos CID citados e prontuários com data do momento do diagnóstico e data de início de tratamento. O "momento do diagnóstico" foi definido como a data de emissão do laudo histopatológico, conforme portaria federal[25] e o "início do tratamento" como a data da primeira cirurgia ou data de início do tratamento não cirúrgico[26]. O tratamento não cirúrgico foi considerado a quimioterapia e a radioterapia, sejam de forma isolada ou concomitante. Informações como idade, sexo, escolaridade, renda, etnia, localização primária do tumor e estadiamento clínico no momento do primeiro atendimento também foram coletadas.

Os dados coletados foram gerenciados usando a ferramenta de captura eletrônica de dados *Research Electronic Data Capture* (REDCap), que consiste em uma plataforma de software segura, baseada na web, projetada para dar suporte à confecção de formulários de coleta para pesquisas[27].

As seguintes variáveis foram utilizadas para sumário descritivo e análise estatística: idade (no momento do diagnóstico), sexo, escolaridade, renda, etnia, localização primária do tumor (boca, faringe ou laringe), estadiamento clínico e tempo entre diagnóstico e primeiro tratamento (em dias), essa última, denominada de "tempo para o tratamento" e dicotomizada em ≤60dias e >60dias considerando a Lei nº 12.732/2012[26].

Após depuração e eliminação de redundância do banco de dados resultante da coleta, primeiramente, foi feita uma análise descritiva de cada uma das variáveis envolvidas no estudo. Para cada variável categórica, apresentam-se uma tabela e um gráfico de frequências e para a variável numérica, apresentam-se uma tabela contendo as estatísticas descritivas da variável e um gráfico de histograma contendo a frequência e percentual de observações para cada categoria da variável. Optou-se por demonstrar na versão final somente os gráficos mais relevantes para a discussão.

Um exemplo foi a estatística descritiva a respeito da variável tempo para tratamento: na qual apresentou-se, além da média: desvio padrão (medida da variação dos dados, onde, quanto maior o desvio padrão, maior é a variação das observações da amostra); limite inferior do intervalo de confiança de 95% para a média; limite superior do intervalo de confiança de 95% para a média; primeiro quartil (valor tal que 25% das observações possuem um valor na variável inferiores a ele); mediana (valor tal que 50% das observações possuem um valor da variável inferiores a ele) e terceiro quartil (valor tal que 75% das observações possuem um valor da variável inferiores a ele).

Além dessa análise descritiva, tabelas e gráficos, uma análise inferencial foi feita aplicando-se o Teste Exato de Fisher. A interpretação do p-valor do teste deve ser feita da seguinte forma: se o p-valor for menor que 0,05, significa que, a um nível de significância estatística de 5%, há associação entre as duas variáveis categóricas consideradas. Caso o p-valor seja maior que 0,05, dizemos que, a um nível de significância estatística de 5%, não há associação entre as variáveis categóricas consideradas.

Posteriormente, confeccionaram-se curvas relacionando tempo para o tratamento e as variáveis coletadas utilizando o Método de Kaplan–Meier, à semelhança do estudo de Silva e colaboradores[28]. Essa análise se faz necessária quando o tempo de interesse não é observado para toda amostra, pois há a presença de censuras que ocorrem quando se sabe que em certo caso o tempo foi maior do que um certo valor, mas não se sabe exatamente qual foi o tempo. No presente estudo, as censuras ocorrem porque há casos em que os pacientes tiveram uma única consulta após o diagnóstico e não houve registro de tratamento iniciado após isso, isto é, perdeu-se o contato após a primeira consulta.

Esse estimador de Kaplan-Meier, representado em forma de curva em um gráfico, apresenta a porcentagem de casos com tempo para tratamento acima de cada valor, sendo que a posição relativa entre as curvas possibilita comparar as categorias com relação a esse tempo. Dessa forma, as categorias da variável podem ser comparadas com relação à posição relativa das suas curvas, sendo que categorias com curvas acima de outra possuem em geral um tempo para tratamento maior, e categorias com curvas abaixo possuem em geral um tempo para tratamento menor. Cada salto na curva representa uma ocorrência do evento de interesse (início do tratamento) e cada cruz no gráfico representa a ocorrência de uma censura.

Então, curvas estratificadas de acordo com cada variável foram delineadas. A diferença entre as curvas foi submetida ao teste log-rank para verificação de significância estatística. Foi adotado o nível de significância $p \leq 0,05$.

O software utilizado para todas as etapas da análise estatística foi o R versão 4.4.3. Além disso, utilizou-se a ferramenta Perplexity AI para revisão da norma culta da língua portuguesa, abrangendo a introdução e conclusão do texto.

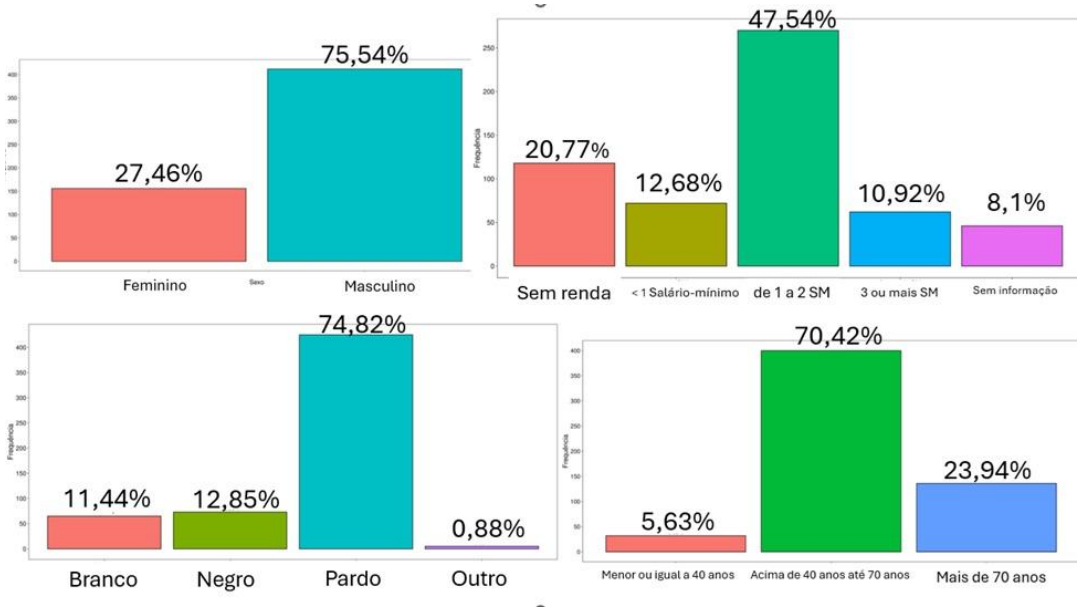
O Comitê de ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa aprovou sua realização, por meio do parecer 6.501.132 (CAAE 69784223.6.0000.5550), em conformidade com a Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil[29].

Resultados e discussão

Foram analisados 568 casos confirmados de CCP de pacientes residentes no estado do Pará e atendidos no hospital sede do estudo, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022, sendo este quantitativo utilizado para análise bivariada em todas as análises, exceto para a variável “tempo entre diagnóstico e primeiro tratamento”, na qual, por ausência de dados, 98 casos foram excluídos.

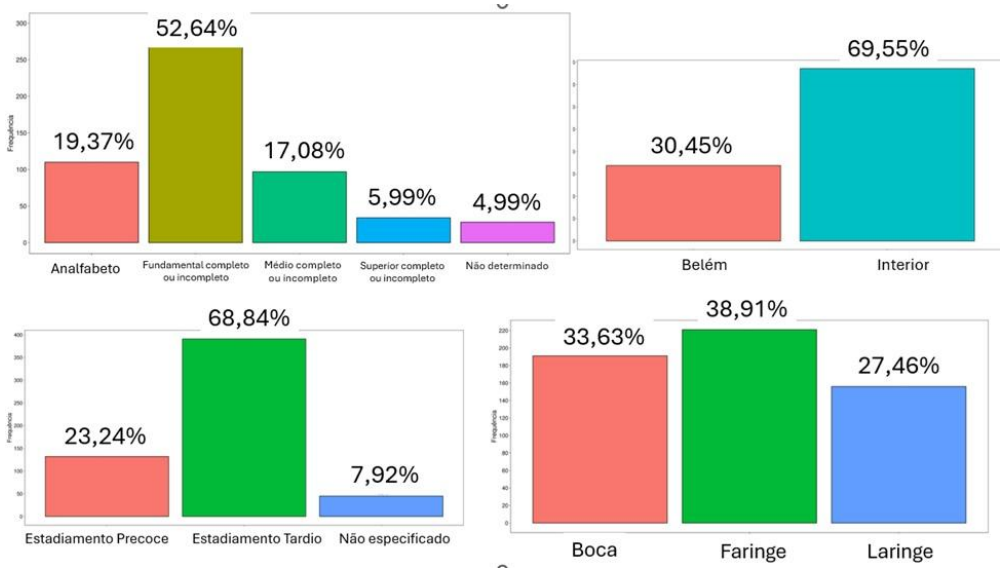
Houve maior expressividade de pacientes do gênero masculino (412; 72,5%), faixa etária entre 40 e 70 anos (400; 70,4%), etnia parda (425; 74,8%), renda entre 1 e 2 salários-mínimos (270; 47,5%), nível educacional Fundamental (299; 52,5%) e estadiamento tardio (391; 68,8%). A respeito da localização primária, o câncer de boca teve ocorrência de 191 casos (33,6%), o de faringe 221 (38,9%) e o de laringe 156 (27,5%). Já quanto à origem do encaminhamento do paciente, 386 (69,5%) eram do interior do estado enquanto 169 (30,5%) eram do município de Belém. Todos esses dados encontram-se resumidos nos Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1. Descrição da população com câncer de cabeça e pescoço atendida no Hospital Ophir Loyola entre 2018 e 2022, com relação a sexo, renda, etnia e faixa etária



Fonte: Banco de dados do estudo.

Gráfico 2. Descrição da população com câncer de cabeça e pescoço atendida no Hospital Ophir Loyola entre 2018 e 2022, com relação a escolaridade, local de onde foi encaminhado, estadiamento clínico e localização primária do tumor



Fonte: Banco de dados do estudo.

As características da casuística analisada reforçam os resultados descritos nacionalmente[4,30], bem como a nível mundial[31,32,33]. Logo, em âmbito regional, o perfil clínico e epidemiológico do paciente acometido por CCP é predominantemente o de um homem entre a quinta e a oitava décadas de vida.

Quanto à etnia, a escolha do critério utilizado para defini-la pode variar conforme a região do país. Como exemplo, em um estudo na Região Sul, a variável foi dicotomizada em "branco" e "não branco"[34], enquanto, em outro do Sudeste, adotou-se a classificação "branco", "preto" e "pardo"[30].

No Brasil, define-se "cor" ou "raça" como uma categoria socialmente construída na interação social e não como um conceito biológico, sendo sua categorização proposta como "preta, parda, branca, amarela e indígena", tendo a autodeclaração como critério de coleta. Para seguir o padrão nacional e facilitar futuras comparações, a subdivisão definida a nível nacional foi utilizada nesse estudo[35]. Internacionalmente, torna-se difícil essa comparação, pois há grande variação de critérios de separação de grupos étnicos, isso porque na maioria dos estudos norte-americanos são apresentadas formas de estratificação inteiramente diferentes das utilizadas em estudos nacionais como "hispânicos e não-hispânicos"[36] e "negros não-hispânicos e brancos" [37]. Existem, também, regiões em que não se considera etnia devido à baixa variabilidade de grupos étnicos[38].

Considerando o tempo decorrente entre o diagnóstico ao tratamento, 15,7% dos pacientes (74 casos) receberam tratamento até 60 dias, sendo a mediana desse tempo de 118 dias e a média 128,55 dias. Os intervalos interquartis e desvio padrão encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Estatísticas descritivas para a variável de tempo entre diagnóstico e tratamento para pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no Hospital Ophir Loyola entre 2018 e 2022

Média	Desvio padrão	Limite Inferior	Limite Superior	1º quartil	Mediana	3º Quartil
128,55 dias	75,50 dias	120,84 Dias	136,27 dias	73,75 dias	118 dias	180,25 dias

Fonte: Banco de dados do estudo.

No contexto de um número crescente de casos de CCP na Região Norte[24], indicadores de alto número de atrasos já haviam sido evidenciados nos anos de 2012, 2013 e 2015, nos quais mais de 50% dos casos de câncer de cavidade oral e orofaringe receberam tratamento após 60 dias do diagnóstico[20]. Esse resultado evidencia que a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 ("Lei dos 60 dias")[26], ainda enfrenta dificuldades para ser plenamente cumprida, ao menos nos casos de CCP na Região Norte. Cabe ressaltar que o atraso no tratamento do câncer está ligado a menores chances de controle local efetivo e aumento da mortalidade[39].

Embora a casuística apresentada revele tendência de atraso no tratamento, em desacordo com a "Lei dos 60 dias", verifica-se que a média de tempo de espera dos pacientes encontra-se dentro dos 180 dias preconizado pelo Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde[40], fato esse que mostra que o refinamento de dados públicos existentes sobre o câncer poderá colaborar com a melhoria do diálogo entre os profissionais da saúde e os profissionais do judiciário/legislativo, favorecendo o alinhamento entre decisões judiciais e a legislação vigente, com o intuito de garantir um acesso mais rápido ao tratamento oncológico e a equidade entre os diferentes tipos de câncer.

Essa equidade, baseando-se em relatórios mais minuciosos do que os atualmente disponíveis nas bases de dados do SUS e de seus hospitais prestadores, pode contribuir favoravelmente no enfrentamento do crescimento da judicialização da saúde no âmbito do SUS nos últimos anos[41], viabilizando decisões mais eficazes e eficientes, pautadas nos princípios constitucionais que regem a efetivação do direito fundamental à saúde dos pacientes oncológicos. Dessa forma, contribui-se para dirimir falhas na prestação do serviço público de saúde, permitindo uma atuação mais orientada da Administração Pública, tanto na gestão quanto na assistência, bem como no diálogo institucional com o Poder Judiciário, qualificando a resposta estatal a demandas dessa categoria de pacientes, que já enfrenta diversos outros entraves para ter um atendimento adequado[21].

Cumpre destacar que o princípio da equidade se fundamenta na premissa de que a igualdade real consiste em tratar desigualmente os desiguais na medida em que se desigualam. No âmbito do SUS, esse preceito exige que o Estado formule políticas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações de saúde, priorizando o atendimento e a distribuição de recursos para aqueles que mais necessitam. Entretanto, a promoção da equidade enfrenta desafios diante da crescente judicialização da saúde, que pode gerar discriminação ao privilegiar pacientes que possuem meios de recorrer à via judicial em detrimento daqueles que permanecem nas listas de espera administrativas. Tal fenômeno, ao focar na satisfação de direitos individuais de forma isolada, corre o risco de comprometer a saúde coletiva e o equilíbrio orçamentário[42], resultando em uma quebra da isonomia entre cidadãos acometidos por enfermidades semelhantes, mas não completamente idênticas, como os pacientes oncológicos.

Ademais, embora dados públicos mostrem que 69% dos casos de câncer tratados entre 2021 e 2023, no centro no qual o estudo foi desenvolvido, receberam o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico[43], é necessário salientar que, de acordo com nota técnica do Painel Oncologia[44], os casos com diagnóstico estabelecido após biópsia ou após ressecção (sendo esse último um momento em que não há um diagnóstico formalizado de câncer) são contabilizados como se tivessem recebido tratamento entre zero e 30 dias após o diagnóstico, causando uma interpretação que pode mascarar a dificuldade de acesso dos pacientes que chegam ao hospital sem diagnóstico, recebem um tratamento cirúrgico genérico e somente depois terão a comprovação histopatológica de que tem câncer.

Outra crítica é a de que, nesse modo de contabilizar os dados, todos os tipos de câncer são analisados em conjunto, incluindo doenças de comportamento biológico e tratamentos diferentes, por exemplo, adenocarcinoma de pâncreas (doença grave e com alta morbimortalidade[45] e carcinoma papilífero de tireóide (pouco agressivo, de comportamento indolente e com taxas de sobrevida de até 100% dos casos[46]. Tais aspectos podem gerar distorções na interpretação dos resultados por gestores e órgão de fiscalização, reforçando a necessidade de uma análise desse intervalo de tempo estratificada por tipo de câncer.

Utilizando-se o teste exato de Fisher, a análise do tempo para tratamento não apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo (p = 0,121), idade (p=0,337), etnia (p = 0,280), renda (p = 0,596), escolaridade (p = 0,190) e de local de onde o paciente foi encaminhado (p = 0,091). Porém, diferenças significativas aparecem ao se observar as variáveis estadiamento clínico e localização primária (p=0,016 e p=0,012, respectivamente), como observado na Tabela 2.

Tabela 2. Tempo até o primeiro tratamento em relação a sexo, idade, etnia, renda, escolaridade, local de onde foi encaminhado, estadiamento e localização primária do tumor

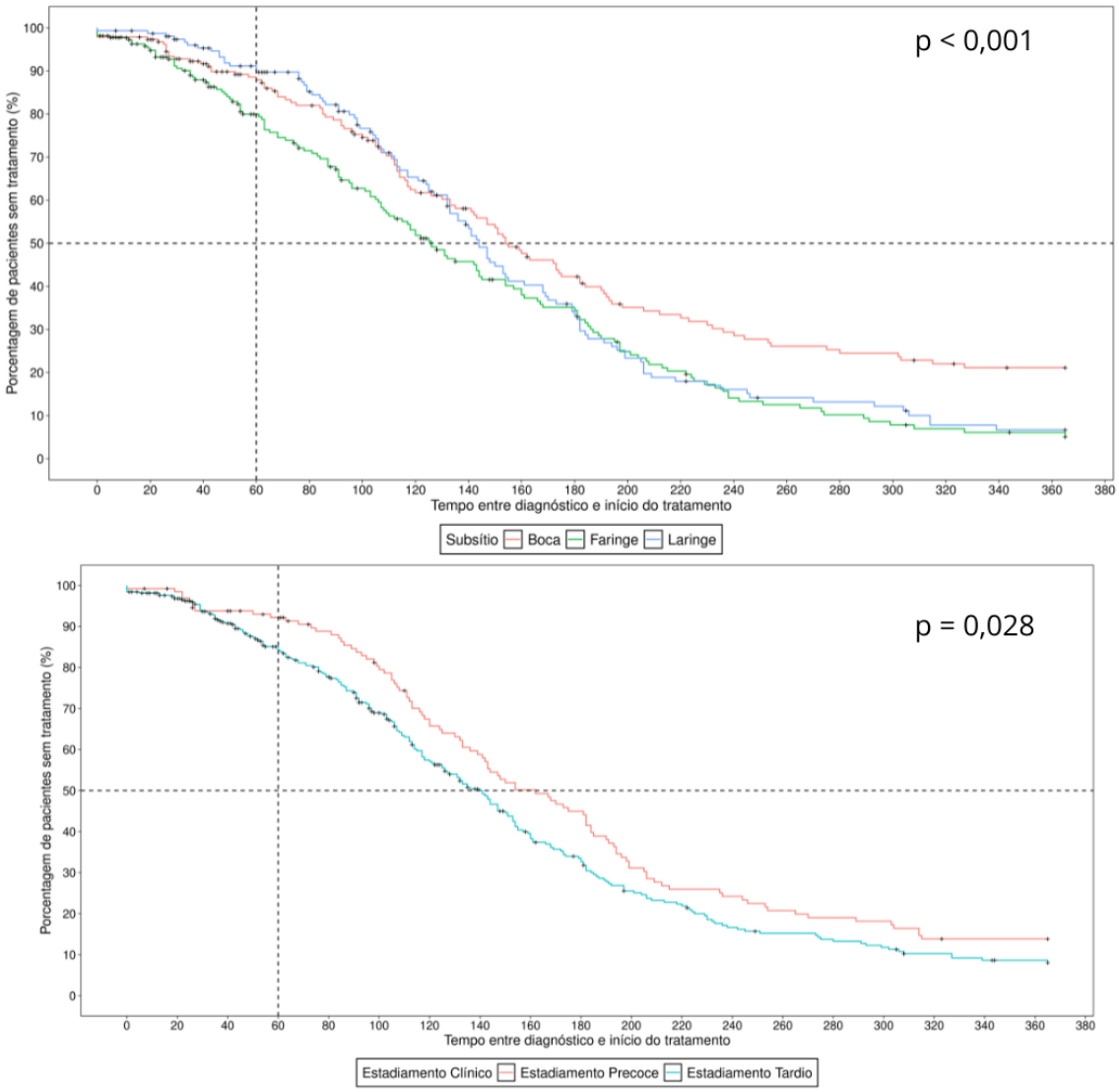
Variável	Sem atraso (≤60 dias)	Com atraso (>60 dias)	Total	Nível de significância (*p*), Fisher
Sexo				***p* = 0,121**
Masculino	15 (11,3%)	118 (88,7%)	133 (28,3%)	
Feminino	59 (17,5%)	278 (82,5%)	337 (71,7%)	
Idade				***p* = 0,337**

Menor ou igual a 40 anos	5 (18,5%)	22 (81,5%)	27 (5,7%)	
Acima de 40 a 70 anos	57 (16,9%)	280 (83,1%)	337 (71,7%)	
Mais de 70 anos	12 (11,3%)	94 (88,7%)	106 (22,6%)	
Etnia				***p* = 0,792**
Pardo	53 (15,1%)	297 (84,9%)	350 (74,8%)	
Negro	11 (18%)	50 (82%)	61 (13%)	
Branco	9 (15,1%)	48 (84,2%)	57 (12,2%)	
Renda				***p* = 0,596**
Sem renda	13 (13,4%)	84 (86,6%)	97 (22,4%)	
< 1 SM	13 (21%)	49 (79%)	62 (14,3%)	
De 1 a 2 SM	33 (14,7%)	191 (85,3%)	224 (51,7%)	
3 ou mais SM	8 (16%)	42 (84%)	50 (11,6%)	
Escolaridade				***p* = 0,190**
Analfabeto(a)	9 (10,5%)	77 (89,5%)	86 (19,2%)	
Fundamental completo ou incompleto	38 (15,3%)	211 (84,7%)	249 (55,6%)	
Médio Completo ou incompleto	18 (20,7%)	69 (79,3%)	87 (19,4%)	
Superior Completo ou incompleto	6 (23,1%)	20 (76,9%)	26 (5,8%)	
Local de onde foi encaminhado				***p* = 0,091**
Belém	28 (20,1%)	111 (79,9%)	139 (30,3%)	
Interior	43 (13,5%)	276 (86,5%)	319 (69,7%)	
Estadiamento				***p* = 0,016**
Estadiamento precoce	10 (8,1%)	113 (91,9%)	123 (28,4%)	
Estadiamento tardio	54 (17,4%)	256 (82,6%)	310 (71,6%)	
Localização primária do tumor				***p* = 0,012**
Boca	21 (13,3%)	137 (86,7%)	158 (33,6)	
Faringe	38 (22,4%)	132 (77,6%)	170 (36,2%)	
Laringe	15 (10,6%)	127 (89,4%)	142 (30,2%)	

Fonte: Banco de dados do estudo.

O mesmo ocorreu na estimativa de Kaplan-Meier com diferença significativa entre as curvas que consideram estadiamento clínico e localização primária (Gráfico 3).

Gráfico 3. Análise de Kaplan-Meier para tempo até tratamento e variáveis localização primária do tumor e estadiamento clínico



Fonte: Banco de dados do estudo.

Observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre as curvas de localização primária do tumor ($p < 0.001$ no teste log-rank), indicando que esta variável influencia o tempo para tratamento. Ressalte-se que, através do gráfico, pode-se afirmar que 50% dos pacientes com câncer de faringe iniciam o tratamento em até 126 dias, enquanto, para a mesma proporção de pacientes com câncer de boca esse tempo é de 154 dias e para laringe, 144 dias. O mesmo ocorre quando avaliamos as curvas de estadiamento clínico versus tempo para tratamento ($p < 0.028$ no teste log-rank), tendo um tratamento ligeiramente mais rápido e os pacientes com estadiamento tardio.

Portanto, tais resultados sugerem que pacientes com neoplasia maligna de boca e laringe, assim como pacientes com estadiamento precoce apresentam maior atraso no tratamento, evidenciando as disparidades no acesso ou na agilidade do tratamento conforme a localização do tumor e estadiamento da doença.

Pacientes com CCP em estadio precoce e com lesão de boca e laringe, apresentam como tratamento inicial a cirurgia[7]. Existe um "gargalo" na oferta desse tratamento na região norte devido à escassez de mão de obra especializada e número de hospitais aptos a realizar o tratamento necessário para essa doença, hipótese já levantada em estudo no estado do Amazonas, com população e desafios semelhantes[19], sendo o padrão de incidência de câncer da Região Norte influenciado por desigualdades de acesso à prevenção e ao diagnóstico precoce[22]. Para exemplificar, considerando Porto Alegre, capital brasileira com população semelhante à de Belém, observa-se a existência de dois hospitais habilitados como CACON, enquanto a capital amazônica conta com apenas um[43,47]. Além disso, o estado do Pará apresenta 8,73 cirurgiões por 100 mil habitantes e 4,58 anestesiologistas por 100 mil habitantes, ao passo que um estado com população semelhante em números, como Santa Catarina, tem 24,74 cirurgiões por 100 mil habitantes e 13,36 anestesiologistas por 100mil habitantes[48], sendo esses profissionais primordiais para a capacidade de realização de cirurgias de uma instituição. O contexto ainda é agravado ao considerarmos o número de especialistas em cirurgia de cabeça e pescoço no Pará, profissional fundamental no tratamento do CCP: existem 10 médicos registrados, segundo a publicação Demografia Médica de 2025[48], contrastando com 53 em Santa Catarina. Esse cenário propicia o maior atraso no tratamento cirúrgico oncológico em geral dos habitantes do estado do Pará, podendo não ser uma exclusividade dos pacientes dessa casuística.

Existe um componente do atraso causado pelos profissionais que atendem o paciente e outro pelo próprio paciente. Primeiramente, o atraso relacionado ao profissional pode ter como influência consultas não resolutivas e realização de exames desnecessários, ligados, por exemplo, a um modelo incompleto de atenção disseminado atualmente em diversas cidades do Brasil, incluindo Belém[49], que consiste na atuação de clínicas populares privadas sem o foco no tratamento integral, com ausência de recursos para seguimento e tratamento de maior densidade tecnológica e que acabam por contribuir para o retorno de pacientes para o atendimento público. Paralelamente, o diagnóstico equivocado e a prescrição indiscriminada de antibióticos e analgésicos, têm sido relacionados com o atraso no diagnóstico de câncer[50], fato que mostra a necessidade de atualização contínua de profissionais de saúde que atendem em clínicas privadas, nos pronto-atendimentos e na atenção primária.

Em segundo lugar, ainda que o componente de atraso atribuído ao paciente relacione-se com fatores como "negação", "experiência pessoal com o câncer" e "conhecimento sobre o câncer"[50] isso explica apenas em parte do contexto no qual estão inseridas essas pessoas. De certo, as causas são mais complexas e extrapolam o campo da saúde, pois o baixo nível educacional, o abuso de tabaco e álcool, bem como a dificuldade de acesso ao tratamento público de qualidade têm profundas raízes históricas, com repercussões sociais, econômicas e culturais que fogem ao escopo desse estudo, mas podem ser melhor entendidas em Martins et al.[12].

Pode-se afirmar que os resultados aqui apresentados têm implicações diretas para o debate sobre a judicialização do acesso ao tratamento oncológico no SUS. O atraso médio de 128,55 dias verificado nos casos de câncer de cabeça e pescoço no Pará, superior ao dobro do prazo estabelecido

pela Lei nº 12.732/2012, indica que o descumprimento da norma não é episódico, mas estrutural na realidade regional estudada.

Essa constatação é relevante para o Poder Judiciário porque evidencia que a demora no tratamento não decorre, em regra, de omissão individualizada e arbitrária da Administração Pública, mas de condicionantes sistêmicos relacionados à escassez de recursos humanos especializados e à insuficiência da rede assistencial de alta complexidade na Região Norte. Compreender essa distinção é fundamental para que decisões judiciais sejam proferidas com base em parâmetros compatíveis com a realidade local, evitando que tutelas individuais aprofundem desigualdades ao realocar recursos já escassos em detrimento de outros pacientes igualmente (ou até mais) vulneráveis.

Ademais, a diferença estatisticamente significativa no tempo para tratamento conforme a localização primária do tumor e o estadiamento clínico demonstra que o câncer não pode ser tratado como categoria homogênea nem para fins de gestão administrativa, nem para fins de tutela jurisdicional, sob pena de se produzirem decisões que, ao ignorar a heterogeneidade das neoplasias, comprometam a equidade do sistema como um todo.

É importante salientar que a presente casuística pode refletir tão somente as características de pacientes atendidos no hospital sede do estudo, bem como a centralidade dessa instituição no sistema de regulação estadual do Pará a torna um local onde são atendidos os casos mais graves. Somando-se a isso o grupo aqui demonstrado e suas características são daqueles que conseguiram chegar ao tratamento, não sendo possível com esse conjunto de dados saber quantos ficaram sem diagnóstico e, por consequência, sem registro e sem tratamento. Apesar do exposto, destaca-se que a casuística (568 casos) representa 35,06% do total dos casos de CCP estimados pelo Instituto Nacional de Câncer para o Pará no período de 2018 a 2022[51,52].

Considerações Finais

O presente estudo demonstrou que, considerando-se pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no CACON da capital do estado do Pará entre os anos de 2018 e 2022, houve maior atraso no tratamento para casos de tumor de boca, laringe e para casos de estadiamento precoce. Esse achado evidencia disparidades no acesso ou na agilidade do tratamento conforme a localização primária do tumor e estadio da doença, que podem estar relacionadas a características locais da oferta de cuidado especializado, pela escassez de recursos humanos ou pela falha do estado em proporcionar adequado suprimento da demanda de atendimento.

Os achados deste estudo reforçam a importância de que a judicialização do acesso ao tratamento oncológico seja formada por evidências epidemiológicas desagregadas por tipo de câncer e por região. O descumprimento estrutural do prazo previsto na Lei nº 12.732/2012, evidenciado nos dados do CACON do estado do Pará, não pode ser compreendido de forma adequada sem considerar as condicionantes sistêmicas regionais que o determinam, entre as quais a escassez de especialistas em cirurgia de cabeça e pescoço e a insuficiência da rede de alta complexidade oncológica.

Sugerem-se estudos que observem o câncer como um grupo de doenças diferentes entre si e que possam delimitar melhor as características específicas da população estudada e da rede de saúde em que essa população está inserida, para que possam se produzir dados em escala local e regional que embasem de forma mais equânime, a elaboração de políticas públicas, bem como as legislações e decisões judiciais que envolvem pacientes oncológicos, visto que dados específicos por tipo de neoplasia não apenas qualifica a resposta administrativa do Estado, como também subsidia o Poder

Judiciário na formulação de decisões mais equânimes, tecnicamente fundamentadas e compatíveis com os princípios constitucionais da igualdade, da integralidade e da universalidade do acesso à saúde. A não consideração dessas informações contribui para que a judicialização opere de forma desigual, beneficiando desproporcionalmente aqueles com maior acesso à via judicial e perpetuando iniquidades no cuidado oncológico, em sentido diametralmente oposto ao que preconiza o direito sanitário como campo comprometido com a efetivação coletiva do direito à saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio do Laboratório de Epidemiologia e Geoprocessamento da Amazônia (Epigeo), da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Referências

1. GBD 2023 Cancer Collaborators. The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet [Internet]. 2025 [citado em 8 fev. 2026];406(10512):1565-1586. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01635-6/abstract. doi:10.1016/S0140-6736(25)01635-6

2. Hanahan D. Hallmarks of cancer—then and now, and beyond. Cell [Internet]. 2026 [citado em 8 fev. 2026];189(8):2254-2277. Disponível em: https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(25)01498-9. doi:10.1016/j.cell.2025.12.049

3. F Faria SO, Nascimento MC, Kulcsar MAV. Malignant neoplasms of the oral cavity and oropharynx treated in Brazil: what do hospital cancer records reveal? Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2022 [citado em 8 fev. 2026];88(2):168-173. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bjorl/a/5kzCzncRzfJJqzPtk7vSGVb/?lang=pt. doi:10.1016/j.bjorl.2020.05.019

4. Affonso MVG, Souza IG, Rocha ES, Goloni-Bertollo EM, Gomes FC, Nascimento LS, et al. Association between sociodemographic factors, coverage and offer of health services with mortality due to oral and oropharyngeal cancer in Brazil: a 20-year analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022 [citado em 8 fev. 2026];19(20):13208. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13208 doi:10.3390/ijerph192013208

5. Mesquita LG, Diniz SF, Queiroz FTH, Souza LAM, Pavani TAS, Sant'Anna LB, et al. Câncer de pele e renda familiar: um estudo ecológico. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2020 [citado em 8 fev. 2026];66(4):e-07949. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/949. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.949

6. Hezaveh E, Jafari S, Jalilpiran Y, Zargarzadeh N, Mahdavi R, Gargari BP. Dietary components and the risk of non-melanoma skin cancer: a systematic review of epidemiological studies. Crit Rev Food Sci Nutr [Internet]. 2023 [citado em 8 fev. 2026];63(21):5290-5305. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10408398.2021.2016600. doi:10.1080/10408398.2021.2016600

7. Shah JP, Patel SG, Singh B, Wong RJ. Jatin Shah's head and neck surgery and oncology. 5ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

8. Kang E, Ju H, Kim S, Choi J. Contents analysis of thyroid cancer-related information uploaded to YouTube by physicians in Korea: endorsing thyroid cancer screening, potentially leading to overdiagnosis. BMC Public Health [Internet]. 2024 [citado em 8 fev. 2026];24(1):942. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18403-2. doi:10.1186/s12889-024-18403-2

9. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins & Cotran patologia: bases patológicas das doenças. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 1458 p.

10. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editores. World cancer report: cancer research for cancer prevention [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 [citado em 8 fev. 2026]. Disponível em: https://publications.iarc.who.int/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020

11. Epaminondas LCS, Silva e Silva M, Cardoso MCM, Aviz LBN, Pinheiro MCN, Carneiro VCCB, et al. Five-year survival and associated factors in patients with head and neck cancer in the Brazilian Amazon. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2025 [citado em 8 fev. 2026];71(4):e-115260. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/5260 doi:10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n4.5260

12. Martins BNFL, Santos ES, Fonseca FP, William Júnior WN, Oliveira TB, Marta GN, et al. The impact of colonialism on head and neck cancer in Brazil: a historical essay focussing on tobacco, alcohol and slavery. The Lancet Regional Health - Americas [Internet]. 2024 [citado em 8 fev. 2026];31:100690. Disponível em:

https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00017-6/fulltext doi:10.1016/j.lana.2024.100690

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 135, 17 maio 2013 [citado em 8 fev. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html

14. Silva VB, Lucena NNN, Pinto RNM, Serpa EBM, Sousa SA, Valença AMG. Fatores associados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer infantojuvenil. Saúde e Pesquisa [Internet]. 2022 [citado em 8 fev. 2026];15(3):e-10894. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/10894 doi:10.17765/2176-9206.2022v15n3.e10894

15. Sobral GS, Araújo YB, Kameo SY, Silva GM, Santos DKC, Carvalho LLM. Análise do tempo para início do tratamento oncológico no Brasil: fatores demográficos e relacionados à neoplasia. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2022 [citado em 8 fev. 2026];68(3):e-122354. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2354 doi:10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354

16. Pulido JZ, Aleixo SB, Sogame LCM. Lei dos 60 dias: realidade do tratamento tempestivo na análise de uma série de casos de câncer colorretal. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2023 [citado em 8 fev. 2026];69(4):e-114145. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4145 doi:10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4145

17. Mousinho KC, Santos EVP, Barbosa Filho PT, Reis CC, Monte GCSB, Abreu MCS, et al. Estudo comparativo do câncer de colo do útero antes e após a implantação da lei dos 60 dias. Revista Psicologia & Saberes [Internet]. 2025 [citado em 1 fev. 2026];14(1):e142003. Disponível em: https://cesmac.emnuvens.com.br/psicologia/article/view/2003

18. Carvalho TC, Borges AKM, Silva IF. Casos de câncer gástrico no Brasil e tempos de espera para o diagnóstico e tratamento. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2025 [citado em 1 fev. 2026];30(1):e01222023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/VxtPYWjzgTGgQdYZvtfLvDJ/?lang=en doi:10.1590/1413-81232025301.01222023

19. Rodrigues AS, Alencar LCFS, Branco VRMC. Efetividade da Lei nº 12.732/2012 na assistência às neoplasias malignas e sua associação com a mortalidade no estado do Amazonas. Revista Eletrônica Direito e Sociedade [Internet]. 2020 [citado em 1 fev. 2026];8(1):49-61. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/redes/article/view/5895 doi:10.18316/redes.v8i1.5895

20. Silva CV, Silva IF, Aguiar DM, Ferreira JD. Caracterização dos casos de câncer de cavidade oral e faringe da Região Norte do Brasil, 2012-2015. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2022 [citado em 1 fev. 2026];68(3):e-132470. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2470 doi:10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2470

21. Araújo ATM, Rechmann IL. Panorama da vulnerabilidade dos pacientes oncológicos nas demandas por tratamentos de alto custo: o Sistema Único de Saúde à luz da bioética. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2021 [citado em 1 fev. 2026];10(4):99-124. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/654 doi:10.17566/ciads.v10i4.654

22. Martins LFL, Chaves GV, Oliveira JFP, Souza LBL, Chagas Neto P, Carvalho FN, et al. Perfil epidemiológico da incidência de câncer no Brasil e regiões: estimativas para o triênio 2026-2028. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2026 [citado em 1 fev. 2026];72(2):e-025587. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/5587 doi:10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5587

23. Gomes FBC. Lei sobre tratamento de câncer no SUS: análise dos dispositivos e perspectivas. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2013 [citado em 1 fev. 2026];2(1):81-87. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/31 doi:10.17566/ciads.v2i1.31

24. França MASA, Nery NG, Antunes JLF, Freire MCM. Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2021 [citado em 1 fev. 2026];37(10):e00293220. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/wQZ4SD3qYMbFq7KjMxtRRDd/?lang=pt doi:10.1590/0102-311X00293220

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 1 fev. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html

26. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 23 nov. 2012 [citado em 1 fev. 2026]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

27. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. Journal of Biomedical Informatics [Internet]. 2019 [citado em 1 fev. 2026];95:103208. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046419301261 doi:10.1016/j.jbi.2019.103208

28. Da Silva FPC, Souza MC, Bertoni N. Fatores associados ao atraso para o início do tratamento para câncer de mama em um centro oncológico de referência em Juiz de Fora, de 2010 a 2019: estudo de coorte. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2024 [citado em 1 fev. 2026];33:e20231177. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/VndCyWZSXXMVKFLRhSmJ7Jz/?lang=pt doi:10.1590/S2237-96222024v33e20231177.pt

29. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 59-62, 13 jun. 2013 [citado em 1 fev. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

30. López Soto A, Sousa AA, Pinheiro LC, Silva CJP, Abreu MHNG, Caldeira PC, et al. Câncer bucal: análise socioespacial de uma amostra brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2020 [citado em 1 fev. 2026];66(3):e-061029. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1029 doi:10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1029

31. Seedat J, Coutts K, Vlok E. Epidemiology and demographics of head and neck cancer in Africa: a scoping review. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine [Internet]. 2023 [citado em 1 fev. 2026];15(1):a3749. Disponível em: https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/3749 doi:10.4102/phcfm.v15i1.3749

32. Révész M, Oberna F, Slezák A, Ferenczi Ö, Kenessey I, Takácsi-Nagy Z. The characteristics of head and neck squamous cell cancer in young adults: a retrospective single-center study. Pathology and Oncology Research [Internet]. 2023 [citado em 1 fev. 2026];29:1611123. Disponível em: https://www.por-journal.com/journals/pathology-and-oncology-research/articles/10.3389/pore.2023.1611123 doi: 10.3389/pore.2023.1611123

33. Mog S, Nath B, Debbarma B. Clinicopathological pattern of head and neck malignancy in Tripura- an institutional study. International Journal of Medical and Pharmaceutical Research [Internet]. 2025 [citado em 1 fev. 2026];6(3):203-208. Disponível em: https://ijmpr.in/article/clinicopathological-pattern-of-head-and-neck-malignancy-in-tripura-an-institutional-study-886/

34. Silva FA, Roussenq SC, Tavares MGS, Souza CPF, Mozzini CB, Benetti M, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um centro oncológico no sul do Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2020 [citado em 1 fev. 2026];66(1):e-08455. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/455 doi:10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.455

35. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: manual do recenseador: CD-1.09 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado em 23 nov. 2025]. 187 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5723.pdf

36. Baliga S, Yildiz VO, Bazan J, Palmer JD, Jhawar SR, Konieczkowski DJ, et al. Disparities in survival outcomes among racial/ethnic minorities with head and neck squamous cell cancer in the United States. Cancers [Internet]. 2023 [citado em 1 fev. 2026];15(6):1781. Disponível em: https://www.mdpi.com/2072-6694/15/6/1781 doi:10.3390/cancers15061781

37. Kim HAJ, Zeng PYF, Sorgini A, Shaikh MH, Khan H, MacNeil D, et al. Tumor molecular differences associated with outcome disparities of Black patients with head and neck cancer. Head & Neck [Internet]. 2022 [citado em 1 fev. 2026];44(5):1124-1135. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.27007 doi:10.1002/hed.27007

38. Bagal S, Budukh A, Thakur JS, Dora T, Qayyumi B, Khanna D, et al. Head and neck cancer burden in India: an analysis from published data of 37 population-based cancer registries. Ecancermedicalscience [Internet]. 2023 [citado em 20 set. 2026];17:1603. Disponível em: https://ecancer.org/en/journal/article/1603-head-and-neck-cancer-burden-in-india-an-analysis-from-published-data-of-37-population-based-cancer-registries doi:10.3332/ecancer.2023.1603

39. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 2020 [citado em 20 set. 2026];371:m4087. Disponível em: https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4087 doi:10.1136/bmj.m4087

40. Conselho Nacional de Justiça. Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde. Enunciados sobre direito da saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2025 [citado em 20 set. 2026]. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/05/enunciados-sobre-direito-da-saude-v1-2025-05-21.pdf

41. Oliveira FAL, Almeida NMO, Ramos EMB. Judicialização da saúde e objetivos de desenvolvimento sustentável: Agenda 2030 e atuação do Poder Judiciário

brasileiro na efetivação do direito à saúde. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2024 [citado em 1 fev. 2026];13(4):77-99. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1291 doi:10.17566/ciads.v13i4.1291

42. Araujo WHR, Garcia J. A judicialização da saúde sob o prisma do princípio da isonomia e seus impactos no direito à saúde coletiva. Revista Vertentes do Direito [Internet]. 2022 [citado em 1 fev. 2026];9(1):164-180. Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/direito/article/view/13265 doi:10.20873/uft.2359-0106.2022.v9n1.p164-180

43. Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Protocolo de acesso da rede de assistência de média e alta complexidade em oncologia do estado do Pará [Internet]. 2ª ed. Belém: Secretaria de Estado de Saúde Pública; 2024 [citado em 26 out. 2025]. Disponível em: https://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/Protocolo-de-Acesso-Oncologia-RESOLUCAO-CIB-56-de-23.03.2024-2-Edicao.pdf

44. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Nota técnica: painel de monitoramento de tratamento oncológico: PAINEL-Oncologia [Internet]. Brasília: DATASUS; [s.d.] [citado em 18 abr. 2025]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/painel_onco/doc/painel_oncologia.pdf

45. Pavlidis ET, Galanis IN, Pavlidis TE. Updates in the diagnosis and management of ductal adenocarcinoma of the pancreas. World Journal of Clinical Oncology [Internet]. 2025 [citado em 1 fev. 2026];16(6):105601. Disponível em: https://www.wjgnet.com/2218-4333/full/v16/i6/105601.htm doi:10.5306/wjco.v16.i6.105601

46. Ringel MD, Sosa JA, Baloch Z, Bischoff L, Bloom G, Brent GA, et al. 2025 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with differentiated thyroid cancer. Thyroid [Internet]. 2025 [citado em 1 fev. 2026];35(8):841-985. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10507256251363120 doi:10.1177/10507256251363120

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023. Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 166, p. 90, 30 ago. 2023 [citado em 1 fev. 2026]. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-688-de-28-de-agosto-de-2023-506374456

48. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 17 jul. 2025]. 446 p. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2025/04/DEMOGRAFIA-MEDICA-DO-BRASIL-2025_versao-online.pdf

49. Godoy CV, Rocha GM. Territorial dynamics of highly complex health services in the Belém Metropolitan Region, Brazil: is specialized health care subsidized by the SUS? Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2024 [citado em 1 fev. 2026];29(5):e20922022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/zc5c7VGQWCbgn3x6wtdb3jR/?lang=en doi:10.1590/1413-81232024295.20922022EN

50. Costa AAS, Caldeira PC, Sousa AA, Tibúrcio JD, Belligoli LQG, Santos VB, et al. Oral and oropharyngeal cancer: time from first symptoms to treatment initiation and associated factors. Brazilian Oral Research [Internet]. 2023 [citado em 1 fev. 2026];37:e054. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bor/a/3MRH7zgHzQNp749xg568j4z/?lang=en doi:10.1590/1807-3107bor-2023.vol37.0054

51. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [citado em 11 dez. 2025]. 128 p. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/3331/1/Estimativa_2018_completo.pdf

52. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado em 11 dez. 2025]. 120 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 11/02/2026
Revisado: 15/07/2026
Aprovado: 23/07/2026

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

Dois avaliadores ad hoc avaliaram este manuscrito. Os autores concordaram com a interação, se necessário, e com a publicação do parecer. Apenas um avaliador concordou com a interação; apenas um autorizou a publicação do parecer, se indicado pela revista.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

J.G.M. Paixão: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo e aprovação da versão final.
I.L.G. Silva: revisão crítica de seu conteúdo.
C.S.C. Miranda: análise e interpretação de dados, redação do artigo e aprovação da versão final.
N.V. Gonçalves: análise e interpretação de dados, redação do artigo e aprovação da versão final.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política e financeira referente a este artigo.

Financiamento

Não se aplica.

Origem da pesquisa

Pesquisa independente, não derivada de tese, dissertação ou projeto institucional.

Aprovação ética da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Ophir Loyola, por meio do parecer 6.501.132 (CAAE 69784223.6.0000.5550), em conformidade com a Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Os dados subjacentes ao texto da pesquisa estarão disponíveis sob demanda aos autores após a publicação, conforme justificado no manuscrito.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Os autores declaram que ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas na elaboração deste manuscrito ou na pesquisa nele relatada.

Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves
Editoras convidadas (dossiê): Eliana Franco, Krishina Day Ribeiro
Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira
Revisora de texto: Mirna Barcelos

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil.

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 José Gabriel Miranda da Paixão, Izabela Lorena Gonçalves da Silva, Claudia do Socorro Carvalho Miranda, Nelson Veiga Gonçalves. Este artigo é licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



Como citar (Vancouver)

Paixão JGM, Silva ILG, Miranda CSC, Gonçalves NV. Entre a Lei e a prática: análise do tempo para tratamento do câncer de cabeça e pescoço na região norte do Brasil. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026035.doi: 10.17566/ciads.e2026035