

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**GRAZIELLA ALMEIDA SALAZAR VELOSO**

**O IMPACTO DA LEI DOS 60 DIAS NA GESTÃO HOSPITALAR: DESAFIOS E  
OPORTUNIDADES NO CUMPRIMENTO DA LEI PARA PACIENTES COM  
CÂNCER DE PRÓSTATA**

**VITÓRIA  
2026**

GRAZIELLA ALMEIDA SALAZAR VELOSO

**O IMPACTO DA LEI DOS 60 DIAS NA GESTÃO HOSPITALAR: DESAFIOS E  
OPORTUNIDADES NO CUMPRIMENTO DA LEI PARA PACIENTES COM  
CÂNCER DE PRÓSTATA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

**Orientadora:** Professora Doutora Fabiana Rosa Neves Smiderle

**Área de Concentração:** Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

**Linha de Pesquisa:** Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

VITÓRIA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

V443i Veloso, Graziella Almeida Salazar  
O impacto da Lei dos 60 dias no cumprimento da lei para pacientes  
com câncer de próstata / Graziella Almeida Salazar Veloso - 2026.  
101 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local –  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,  
EMESCAM, 2026.

1. Câncer de próstata - tratamento. 2. Neoplasias da próstata. 3.  
Gestão em saúde. 4. Sistema Único de Saúde - oncologia. 5. Serviços  
de saúde - pacientes. I. Smiderle, Fabiana Rosa Neves. II. Escola  
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,  
EMESCAM. III. Título.

---

CDD 616.99463

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

**GRAZIELLA ALMEIDA SALAZAR VELOSO**

**O IMPACTO DA LEI DOS 60 DIAS NA GESTÃO HOSPITALAR: DESAFIOS E  
OPORTUNIDADES NO CUMPRIMENTO DA LEI PARA PACIENTES COM  
CÂNCER DE PRÓSTATA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de abril 2026.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Fabiana Rosa Neves Smiderle

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Orientadora)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Tamires dos Santos Vieira

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Membro Interno)

Prof.<sup>o</sup>. Dr. Antônio Germane Alves Pinto

Universidade Regional do Cariri (URCA)  
(Membro Externo)

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de próstata é a neoplasia maligna mais incidente entre os homens brasileiros, excluindo-se o câncer de pele não melanoma. O diagnóstico e o tratamento oportunos são fundamentais para melhorar o prognóstico e a sobrevida dos pacientes. Nesse contexto, a Lei nº 12.732/2012, conhecida como a Lei dos 60 Dias, estabeleceu o prazo máximo de 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde, à organização da rede assistencial e à gestão dos serviços podem comprometer sua efetivação. **Objetivo:** Analisar o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 no atendimento a pacientes com câncer de próstata em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), caracterizando o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, mensurando os tempos de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, analisando fatores associados ao atraso terapêutico e discutindo suas implicações para a organização do cuidado oncológico e para a gestão hospitalar. **Método:** Estudo observacional, transversal e analítico, com abordagem quantitativa, realizado em um CACON localizado na região metropolitana do Espírito Santo. Foram analisados dados de 4.143 pacientes com câncer de próstata registrados entre 2011 e 2023. As variáveis sociodemográficas, clínicas e assistenciais foram obtidas a partir do Registro Hospitalar de Câncer. Foram realizadas análises descritivas, testes de associação e regressão logística binária para a identificação dos fatores associados ao atraso superior a 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento. **Resultados:** A mediana de idade dos pacientes foi de 69 anos (63–75), com predominância de indivíduos pardos (65,3%), baixa escolaridade e procedência da Grande Vitória (50,3%). O tempo mediano entre o diagnóstico e a primeira consulta foi de 69 dias (42–120), enquanto o tempo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 151 dias (90–232). Apenas 14,5% dos pacientes iniciaram o tratamento em até 60 dias, enquanto 85,5% ultrapassaram o prazo legal, sendo que 59,4% aguardaram entre 120 e 540 dias para o início da terapêutica. Na análise multivariada, o encaminhamento pelo SUS (OR=2,45; IC95% 1,71–3,51), a realização de radioterapia (OR=4,10; IC95% 1,77–9,70) e cirurgia (OR=14,3; IC95% 4,2–48,4) associaram-se a maior chance de atraso, enquanto níveis mais elevados de escolaridade apresentaram efeito protetor. **Conclusão:** Observou-se baixo cumprimento da Lei nº 12.732/2012 entre os pacientes com câncer de

próstata avaliados. O tempo mediano de 151 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento evidencia importante descumprimento do prazo legal, demonstrando que os atrasos são influenciados por fatores sociais, clínicos e organizacionais que extrapolam a governabilidade hospitalar. Os achados apontam para a necessidade de fortalecimento das políticas públicas, ampliação do acesso ao diagnóstico oportuno, qualificação dos processos regulatórios e integração da Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir maior efetividade da assistência oncológica e do direito ao tratamento em tempo adequado.

**Descritores:** Neoplasias da Próstata. Sistema Único de Saúde. Acesso efetivo aos Serviços de Saúde. Gestão em saúde. Tempo para o Tratamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Prostate cancer is the most common malignant neoplasm among Brazilian men, excluding non-melanoma skin cancer. Timely diagnosis and treatment are essential to improve patient prognosis and survival. In this context, Law No. 12,732/2012, known as the 60-Day Law, established a maximum period of 60 days between cancer diagnosis and the initiation of treatment within the Brazilian Unified Health System (SUS). However, challenges related to access to health services, healthcare network organization, and health service management may hinder its implementation. **Objective:** To analyze compliance with Law No. 12,732/2012 in the care of patients with prostate cancer at a High-Complexity Oncology Center (CACON), characterizing patients' sociodemographic and clinical profiles, measuring waiting times between diagnosis and treatment initiation, analyzing factors associated with treatment delays, and discussing their implications for oncology care organization and hospital management. **Methods:** This was an observational, cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, conducted at a High-Complexity Oncology Center located in the metropolitan region of Espírito Santo, Brazil. Data from 4,143 prostate cancer patients registered between 2011 and 2023 were analyzed. Sociodemographic, clinical, and healthcare-related variables were obtained from the Hospital Cancer Registry. Descriptive analyses, association tests, and binary logistic regression were performed to identify factors associated with delays exceeding 60 days between diagnosis and treatment initiation. **Results:** The median age of patients was 69 years (63–75), with a predominance of mixed-race individuals (65.3%), low educational attainment, and residence in the Greater Vitória area (50.3%). The median time between diagnosis and the first consultation was 69 days (42–120), while the median time between diagnosis and treatment initiation was 151 days (90–232). Only 14.5% of patients started treatment within 60 days, whereas 85.5% exceeded the legal deadline, and 59.4% waited between 120 and 540 days to begin treatment. Multivariate analysis showed that referral through SUS (OR=2.45; 95%CI 1.71–3.51), radiotherapy (OR=4.10; 95%CI 1.77–9.70), and surgery (OR=14.3; 95%CI 4.2–48.4) were associated with a higher likelihood of delay, while higher educational levels had a protective effect. **Conclusion:** Low compliance with Law No. 12,732/2012 was observed among prostate cancer patients. The median interval of 151 days between diagnosis and treatment initiation highlights substantial noncompliance with the legal

deadline and demonstrates that delays are influenced by social, clinical, and organizational factors that extend beyond hospital governance. The findings highlight the need to strengthen public policies, expand timely access to diagnosis, improve regulatory processes, and enhance integration within the Health Care Network to ensure more effective oncology care and the right to timely treatment.

**Keywords:** Prostatic Neoplasms. Unified Health System. Effective Access to Health Services. Health Management. Time-to-Treatment.

## LISTA DE SIGLAS

|         |                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| AFECC   | Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer                  |
| APAC    | Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade                    |
| APS     | Atenção Primária à Saúde                                             |
| BPA-I   | Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado                     |
| CACON   | Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia              |
| DNA     | Ácido Desoxirribonucleico                                            |
| ERSPC   | Estudo Europeu Randomizado de Rastreamento para Câncer de Próstata   |
| EMESCAM | Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                      |
| IC95%   | Intervalo de Confiança de 95%                                        |
| INCA    | Instituto Nacional de Câncer                                         |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde                                         |
| ONA     | Organização Nacional de Acreditação                                  |
| OR      | Odds Ratio (Razão de Chances)                                        |
| PNAISH  | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem               |
| PNPCC   | Prevenção e Controle do Câncer                                       |
| PSA     | Antígeno Prostático Específico                                       |
| RAS     | Rede de Atenção à Saúde                                              |
| RHC     | Registro Hospitalar de Câncer                                        |
| SBAFS   | Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde                     |
| SBOC    | Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica                            |
| SIA/SUS | Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde       |
| SISCAN  | Sistema de Informação do Câncer                                      |
| SPSS    | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>                   |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                               |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                           |
| TCU     | Tribunal de Contas da União                                          |
| TNM     | Tumor; Nódulo; Metástase                                             |
| UNACON  | Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia             |

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Evolução natural do câncer e oportunidades para rastreamento, detecção precoce e diagnóstico oportuno .....                                                             | 23 |
| Figura 2 - Ferramenta de apoio à decisão para o rastreamento do câncer de próstata .....                                                                                           | 29 |
| Figura 3 – Aspectos fundamentais para a efetivação do acesso ao tratamento do câncer de próstata no SUS .....                                                                      | 49 |
| Figura 4 - Evolução das políticas públicas voltadas à organização da atenção oncológica e à redução dos atrasos no tratamento no SUS .....                                         | 50 |
| Figura 5 - Perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer de próstata e potenciais determinantes sociais associados ao acesso ao cuidado oncológico .....                        | 61 |
| Figura 6 – Características clínicas, procedência e perfil assistencial dos pacientes com câncer de próstata atendidos em um CACON, Vitória/ES, 2011–2023.....                      | 64 |
| Figura 7 - Mediana de tempo para início do tratamento em até 60 dias                                                                                                               | 64 |
| Figura 8 - Tempo entre diagnóstico e primeira consulta .....                                                                                                                       | 65 |
| Figura 9 – Fatores associados ao atraso no início do tratamento oncológico e seus impactos nos desfechos clínicos em pacientes com câncer de próstata, Vitória/ES, 2011–2023 ..... | 71 |

## **LISTA DE QUADROS**

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Leis e Políticas Públicas Relacionadas ao Câncer e o Papel do Estado no SUS.....                    | 34 |
| Quadro 2 - Síntese dos principais resultados e suas implicações para o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 ..... | 78 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Características sociodemográficos e de Hábitos de vida dos pacientes com câncer de próstata, no período de 2011 a 2023, Vitória, ES.....                                                                                 | 59 |
| Tabela 2 - Dados Clínicos dos pacientes com câncer de próstata no período de 2011 a 2023, Vitória-ES .....                                                                                                                          | 61 |
| Tabela 3 - Associação entre características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de próstata e o tempo entre diagnóstico e início do tratamento (<60 dias e ≥60 dias), em Vitória-ES, 2011–2023.....                | 67 |
| Tabela 4 - Análise de regressão logística binária das variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao tempo de espera superior a 60 dias entre diagnóstico e início do tratamento, no período de 2011 a 2023, Vitória-ES ..... | 69 |

## SUMÁRIO

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>                                                          | <b>13</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                          | <b>15</b> |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                               | <b>20</b> |
| 2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL: EPIDEMIOLOGIA E NECESSIDADES ASSISTENCIAIS ..... | 20        |
| 2.2 A LEI DOS 60 DIAS E SUAS IMPLICAÇÕES NO SISTEMA DE SAÚDE .....                 | 31        |
| 2.3 DESAFIOS NA GESTÃO HOSPITALAR PARA O CUMPRIMENTO DA LEI DOS 60 DIAS.....       | 39        |
| <b>3 OBJETIVOS.....</b>                                                            | <b>51</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL .....                                                           | 51        |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                    | 51        |
| <b>4 MÉTODOS .....</b>                                                             | <b>52</b> |
| 4.1 DESENHO DO ESTUDO .....                                                        | 52        |
| 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....                                                        | 52        |
| 4.3 AMOSTRA .....                                                                  | 53        |
| 4.4 COLETA DE DADOS .....                                                          | 54        |
| <b>4.4.1 Critérios de Inclusão .....</b>                                           | <b>55</b> |
| <b>4.4.2 Critério de Exclusão.....</b>                                             | <b>55</b> |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....                                                        | 55        |
| 4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS .....                                                      | 56        |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....                                                          | 57        |
| <b>5 RESULTADOS.....</b>                                                           | <b>59</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO .....</b>                                                           | <b>72</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                | <b>80</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                            | <b>83</b> |
| <b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA .....</b>                                           | <b>93</b> |
| <b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>                              | <b>96</b> |

## APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira, cursei a graduação de enfermagem na Emescam no período de 2002 a 2006. Formei-me em julho de 2006. Durante a minha formação eu apreciava as apresentações de trabalho, a didática dos professores e acabei desenvolvendo interesse pela área acadêmica, pensei até que seguiria nesse caminho, ocorre que a vida foi me levando para a área hospitalar.

Fui admitida em setembro de 2006 no Hospital Santa Rita como enfermeira de uma unidade cirúrgica. Em setembro de 2010 sou promovida a gerente do núcleo das unidades de internação aberta. Permaneço nesse cargo até fevereiro de 2014, quando decido por assumir um cargo de coordenação de enfermagem próximo à minha residência. Fico nesse trabalho por 5 anos, peço desligamento e assumo a gerência de enfermagem de um hospital de grande porte, durante a pandemia da COVID-19. Fico no cargo por 11 meses, quando sou convidada a assumir a Diretoria Assistencial de um hospital com referência oncológica para o SUS em Vitória. Nesse cargo vejo a grande dificuldade em atender toda a demanda assistencial dentro do tempo legal, não pela gestão hospitalar em si e sim, por todo o contexto que envolve o paciente até sua chegada ao serviço oncológico.

Como acreditava, na graduação, que seguiria a carreira acadêmica, esse desejo continuou e continua no meu coração. Eu ainda não sabia qual mestrado fazer, considerando que exerço cargo de gestão, pensei em várias possibilidades, mas quando vi o Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) a decisão foi tomada de imediato, porque este se conecta diretamente com o meu desejo pessoal e a minha trajetória profissional.

Após as considerações introdutórias que explicam de forma genérica o câncer de próstata, considerando os dados do INCA em relação a prospecção do câncer no triênio 2023-2025 e a legislação que ampara essa condição de saúde, seguiremos para o primeiro capítulo, intitulado “Câncer de próstata no Brasil: epidemiologia e necessidades assistenciais”, descreverá com maior precisão como ocorre o desenvolvimento do câncer, a importância da detecção precoce, a relevância dos hábitos de saúde, a idade, a cor e as barreiras assistenciais. No segundo capítulo, intitulado “A lei dos 60 dias e suas implicações no sistema de saúde”, veremos o que é a lei dos 60 dias, o porquê e como ela foi elaborada, sua principal prioridade e a

dificuldade de ser cumprida. No terceiro capítulo, intitulado “Desafios na gestão hospitalar para o cumprimento da lei dos 60 dias”, contemplaremos que, mesmo com a implantação da lei, a complexidade geográfica, o grau de instrução, o acesso à rede primária e à rede diagnóstica e as tabelas remuneratórias dificultam o cumprimento do tempo estabelecido, comprometendo todo o trajeto terapêutico. Para a escrita dos capítulos 1, 2 e 3, foram utilizadas revistas especializadas em oncologia, dados do INCA, artigos nacionais e internacionais disponíveis nas plataformas governamentais e acadêmicas, tendo como principais descritores (“Prostatic Neoplasms” OR “Prostate”) AND (“Public Policy” OR “Health Policy”) AND (“Public Power” OR “state government”). A partir da elaboração dos capítulos 1, 2 e 3, seguimos com a descrição, respectivamente, dos objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos para atingi-los. Na sequência, teremos os resultados, finalizando com a discussão e conclusão do estudo proposto.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é uma das neoplasias malignas mais comuns entre os homens, representando uma significativa carga de morbidade e mortalidade no Brasil. A detecção precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para melhorar os prognósticos dos pacientes e o seu desfecho clínico (Migowski; Silva, 2022).

No Brasil, o INCA estima que 239 mil homens poderão ter câncer a cada ano no período de 2023 a 2025. Entre os tumores, exceto o de pele não melanoma, estima-se que o mais incidente seja o de câncer de próstata (30%), seguido dos cânceres de cólon e reto (9,2%), pulmão (7,5%), estômago (5,6%) e cavidade oral (4,6%), dados estes contabilizados apenas na população masculina. O número estimado de casos novos de câncer de próstata no Brasil, para o triênio de 2023 a 2025, é de 71.730, correspondendo a um risco estimado de 67,86 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2023).

A Lei dos 60 dias, nº Lei nº 12.732/2012, foi implementada com o objetivo de assegurar que os pacientes diagnosticados com câncer iniciem o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no máximo em até 60 dias após a confirmação diagnóstica. Esta legislação surgiu em decorrência dos atrasos significativos no início do tratamento oncológico, que comprometiam a eficácia terapêutica e resultavam em prognósticos mais desfavoráveis para os pacientes. Antes da promulgação da lei, muitos pacientes enfrentavam atrasos devido à sobrecarga do sistema de saúde, falta de diagnóstico precoce, desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde, e processos burocráticos lentos (Brasil, 2012).

Diante desse cenário de sobrecarga, tornou-se evidente a necessidade de adoção de instrumentos normativos e organizacionais capazes de reordenar o acesso ao tratamento oncológico, reduzir tempos de espera e qualificar a gestão dos serviços, contexto no qual se insere a promulgação da Lei nº 12.732/2012 (Brasil, 2012).

Entretanto, embora a implementação desse marco normativo tenha representado um avanço importante na organização da assistência oncológica, a efetivação do acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento continua desafiada pelo crescimento contínuo da demanda por cuidados especializados (Abrale, 2022).

Dentro deste cenário, observamos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta crescente pressão decorrente do aumento da demanda por cuidados oncológicos. O envelhecimento populacional, a transição epidemiológica e o aumento da incidência

de câncer, conforme as previsões do INCA, têm ampliado a necessidade de consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, tratamentos sistêmicos e radioterápicos. Corroborando os impactos desse processo sobre a capacidade assistencial do sistema, estudos recentes apontam elevada probabilidade de sobrecarga dos serviços oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente dos leitos clínicos e cirúrgicos, além de importantes desigualdades regionais na oferta assistencial. Nesse contexto, a formação de filas e os atrasos no acesso aos serviços especializados constituem desafios relevantes para a efetivação do direito ao tratamento oportuno, podendo comprometer o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 e impactar a qualidade da atenção oncológica ofertada à população (Lima; Villela, 2024).

Esse descompasso entre o aumento da demanda por cuidados oncológicos e a capacidade de oferta dos serviços de saúde era agravado, escassez de recursos humanos e materiais, o que tornava ainda mais difícil a gestão eficiente dos casos de câncer (CONASS, 2013).

Somando-se às limitações estruturais do sistema, a falta de programas eficazes de rastreamento e diagnóstico precoce também era um desafio significativo. Muitos pacientes só eram diagnosticados em estágios avançados da doença, quando as opções de tratamento são mais limitadas e menos eficazes. Isso não apenas piorava os prognósticos dos pacientes, mas também aumentava a carga sobre os serviços de saúde, que precisavam lidar com casos mais complexos e onerosos (Santos; Oliveira, 2015).

A esse conjunto de dificuldades somava-se ainda a desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde, que agravava ainda mais a situação. Pacientes em áreas remotas ou menos desenvolvidas do país enfrentavam dificuldades adicionais para acessar diagnósticos e tratamentos, resultando em atrasos ainda maiores no início do tratamento. Este cenário regional refletia a disparidade socioeconômica do Brasil, em que o acesso aos cuidados de saúde de qualidade varia drasticamente de uma região para outra (Macinko; Starfield; Eriksen, 2011).

Além das barreiras geográficas e das desigualdades regionais, a burocracia e a falta de recursos no sistema de saúde público também contribuem para os atrasos no início do tratamento. Processos administrativos lentos e ineficientes, combinados com a escassez de pessoal qualificado e de equipamentos adequados, dificultavam a agilidade no atendimento aos pacientes com câncer. Este contexto resultava em

desfechos clínicos desfavoráveis, com taxas de mortalidade mais altas e menor qualidade de vida para os pacientes (Silva *et al.*, 2019).

Diante destes desafios estruturais e organizacionais, a gestão hospitalar, diante da exigência legal de início do tratamento oncológico em até 60 dias, enfrenta desafios significativos, exigindo a reorganização de processos assistenciais e administrativos. Para responder a essa demanda, os serviços de saúde precisam adequar fluxos de agendamento, dimensionamento de equipes, disponibilidade de insumos e articulação com a rede de atenção, de modo a reduzir tempos de espera entre o diagnóstico e o início da terapêutica (Silva *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a legislação atua como indutora de mudanças na gestão, influenciando a alocação de recursos, a priorização de atendimentos e o fortalecimento dos mecanismos de regulação e pactuação entre os serviços. Estratégias como a revisão de fluxos internos, a ampliação da integração com a atenção especializada e a qualificação dos processos decisórios tornam-se fundamentais para o cumprimento da lei e para a efetividade da atenção oncológica (Brasil, 2012).

Nesse sentido, a Lei dos 60 Dias foi, portanto, implementada como uma tentativa de corrigir essas deficiências estruturais e assegurar um início de tratamento mais ágil e eficaz para os pacientes com câncer. A legislação estabelece que o tratamento de câncer deve ser iniciado no máximo 60 dias após a confirmação do diagnóstico, com o intuito de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Brasil, 2012).

Para que esse prazo legal seja efetivamente cumprido, torna-se necessária a organização de redes e fluxos assistenciais capazes de garantir a continuidade do cuidado ao longo de todo o percurso terapêutico. Nesse contexto, as linhas de cuidado em oncologia constituem uma estratégia organizativa da atenção à saúde voltada à superação da fragmentação assistencial, ordenando o cuidado a partir das necessidades do usuário ao longo do curso da doença. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), essas linhas são estruturadas como arranjos que articulam ações e serviços dos diferentes níveis de atenção, assegurando a continuidade, a integralidade e a coordenação do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua construção baseia-se na história natural da doença, contemplando desde a exposição aos fatores de risco até as fases pré-neoplásica, pré-clínica e clínica, envolvendo

ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (INCA, 2018).

Nesse contexto, as linhas de cuidado ultrapassam a dimensão dos protocolos clínicos, abrangendo também processos de gestão, regulação e articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde. Ao estabelecer fluxos assistenciais claros e responsabilidades compartilhadas entre os diferentes pontos de atenção, contribuem para garantir o acesso oportuno aos serviços, a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência. Dessa forma, desempenham papel estratégico na redução de iniquidades, na prevenção de atrasos diagnósticos e terapêuticos e na diminuição da peregrinação dos usuários entre os serviços de saúde, aspectos particularmente relevantes para a atenção oncológica (INCA, 2018).

Este estudo analisa os efeitos da Lei nº 12.732/2012 na organização do cuidado e nos processos assistenciais de um hospital filantrópico da região metropolitana do Espírito Santo, com ênfase no tratamento do câncer de próstata. Para isso, examina indicadores relacionados ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, ao perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e aos fatores associados ao atraso superior a 60 dias, buscando compreender suas implicações para a gestão hospitalar, especialmente no que se refere à organização dos fluxos assistenciais, à regulação do acesso e à articulação com a rede de atenção. Nesse contexto, a pesquisa avalia o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), caracterizando o perfil dos pacientes, mensurando os tempos de espera e identificando fatores associados ao atraso terapêutico, com vistas a subsidiar a discussão sobre a organização do cuidado oncológico e o aprimoramento da gestão hospitalar.

A escolha do tema fundamenta-se na relevância da Lei nº 12.732/2012 como garantia do direito à saúde e de promoção do acesso oportuno ao tratamento oncológico no âmbito do Sistema Único de Saúde. A efetividade dessa legislação possui implicações diretas na saúde pública, considerando que o atraso no início do tratamento está associado a piores desfechos clínicos, maior complexidade assistencial e aumento dos custos para o sistema.

Além disso, a aplicabilidade da lei demanda sustentabilidade organizacional e financeira, sendo condicionada à atuação articulada das três esferas de governo. A ausência de coordenação interfederativa pode resultar em ineficiência no uso dos

recursos públicos e gerar impactos negativos na gestão hospitalar, comprometendo a continuidade do cuidado.

Por isso, foi desenvolvida a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os desafios e oportunidades da gestão hospitalar relacionados a Lei dos 60 dias, para os pacientes com câncer de próstata? Como esses desafios e oportunidades podem ser gerenciados para garantir a eficiência e a qualidade do cuidado?

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL: EPIDEMIOLOGIA E NECESSIDADES ASSISTENCIAIS

Em condições fisiológicas, as células do organismo humano passam por um processo contínuo de renovação, caracterizado por ciclos sucessivos de divisão celular. Durante esse processo, podem surgir células com alterações estruturais ou funcionais. Em situações normais, o sistema imunológico reconhece essas anomalias e as elimina por meio da fagocitose, mecanismo essencial de defesa e manutenção da homeostase tecidual. Entretanto, quando ocorre uma produção exacerbada de células defeituosas, o sistema imunológico torna-se incapaz de controlar sua multiplicação, resultando no desenvolvimento de neoplasias malignas, como o câncer (Cruz, 2021).

Diversos agentes externos contribuem para o processo de carcinogênese, entre eles os agentes químicos, como os derivados do tabaco; os agentes físicos, como a radiação ultravioleta; e os agentes biológicos, como os vírus das hepatites B e C. Tais agentes são capazes de provocar danos irreversíveis ao DNA, gerando mutações que promovem a proliferação celular desregulada. Em contrapartida, medidas preventivas relacionadas ao estilo de vida, como a adoção de uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividade física e a redução da exposição a agentes carcinogênicos, constituem estratégias eficazes para mitigar o risco de desenvolvimento de câncer (Prado, 2014).

Além dos fatores ambientais, os fatores endógenos também exercem papel determinante na gênese tumoral. Entre eles destacam-se as alterações hormonais, as condições imunológicas e as mutações genéticas hereditárias, as quais são, em grande parte, de difícil controle (INCA, 2022).

O envelhecimento celular constitui outro fator relevante, uma vez que o processo natural de senescência aumenta a vulnerabilidade do material genético, favorecendo o acúmulo de mutações ao longo da vida. A exposição prolongada aos fatores de risco ambientais e ocupacionais, característica das populações idosas, contribui adicionalmente para o aumento da incidência de neoplasias nessa faixa etária (Leite; Silva; Melo, 2005).

Como reflexo da interação entre o envelhecimento populacional, a exposição acumulada aos fatores de risco e a maior incidência de neoplasias ao longo da vida, o câncer representa atualmente um dos maiores desafios da saúde pública global, sendo uma das principais causas de mortalidade e um fator limitante do aumento da expectativa de vida em diversos países. Em escala mundial, ocupa o primeiro ou o segundo lugar entre as causas de morte prematura antes dos 70 anos, evidenciando seu impacto epidemiológico e social (Bochen Cao, 2018).

Evidenciando a tendência de crescimento da carga global da doença, Soerjomataram e Bray (2021) estimam que o número de casos de câncer duplique até o ano de 2070, impulsionado pelo envelhecimento populacional, crescimento demográfico e mudanças nos padrões de estilo de vida. O aumento projetado será mais acentuado em países com baixo e médio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o que reflete desigualdades estruturais nos sistemas de saúde e limitações na implementação de estratégias efetivas de prevenção, rastreamento e tratamento.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022), estimam-se mais de 704 mil casos novos de câncer por ano para o triênio 2023-2025. Em paralelo, o câncer é a segunda causa mais frequente de morte no país, com, aproximadamente, 225 mil mortes por ano.

Para além da magnitude atualmente observada, projeções indicam uma tendência de crescimento expressivo da carga da doença nas próximas décadas. Nesse cenário, estima-se que haverá um aumento de 66% no número de novos casos e de 81% nas mortes por câncer no Brasil. Esse avanço da carga epidemiológica também produz importantes repercussões econômicas para o sistema de saúde. Em 2018, o custo federal destinado a procedimentos hospitalares e ambulatoriais no SUS com pacientes oncológicos de 30 anos ou mais foi de, aproximadamente, R\$ 3,50 bilhões. Mantida essa tendência, projeta-se que, em 2040, se nenhuma ação for tomada, o governo federal gastará R\$ 7,8 bilhões, o que representa um aumento de 124% em relação aos gastos atuais (Ferlay *et al.*, 2021).

Além dos impactos econômicos, o câncer acarreta repercussões sociais significativas, afetando não apenas o indivíduo diagnosticado, mas também seu núcleo familiar e comunitário. O adoecimento oncológico gera desestruturação psicossocial, comprometimento da qualidade de vida e redução da capacidade laboral, ampliando as desigualdades sociais já existentes. Apesar do aumento progressivo na incidência, os avanços tecnológicos na detecção precoce e nos

protocolos terapêuticos têm proporcionado melhora substancial nas taxas de sobrevida, o que demonstra avanços na conscientização populacional e na adesão às ações de rastreamento (Bray *et al.*, 2018).

Nesse contexto, observa-se que a compreensão dos fatores de risco e dos determinantes sociais associados ao câncer de próstata não se restringem ao campo biomédico, mas envolve também a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante das ações de prevenção e promoção da saúde. A APS, por meio da educação em saúde e do estímulo ao autocuidado, desempenha papel essencial na detecção precoce, na orientação sobre hábitos de vida saudáveis e na redução de barreiras de acesso aos serviços especializados. Essa perspectiva amplia o olhar sobre o adoecimento oncológico, integrando dimensões biológicas, sociais e comportamentais no enfrentamento do câncer no Brasil (Bray *et al.*, 2018).

Todavia, a complexidade do cuidado oncológico não se encerra nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce. À medida que os pacientes acessam o tratamento e apresentam maior tempo de sobrevida, emergem novos desafios relacionados ao acompanhamento longitudinal, ao manejo das sequelas e à manutenção da qualidade de vida após as intervenções terapêuticas. Nesse cenário, os progressos científicos e tecnológicos recentes têm possibilitado aumento médio de cinco anos na expectativa de vida pós-tratamento oncológico. Entretanto, a sobrevida não elimina as sequelas decorrentes do câncer e de suas terapias. As complicações cardiovasculares, os comprometimentos neuromusculares, as limitações funcionais, as doenças metabólicas e os transtornos mentais figuram entre os efeitos adversos mais prevalentes, exigindo acompanhamento prolongado e cuidados de reabilitação multidisciplinares (Siegel; Miller, Jemal, 2019).

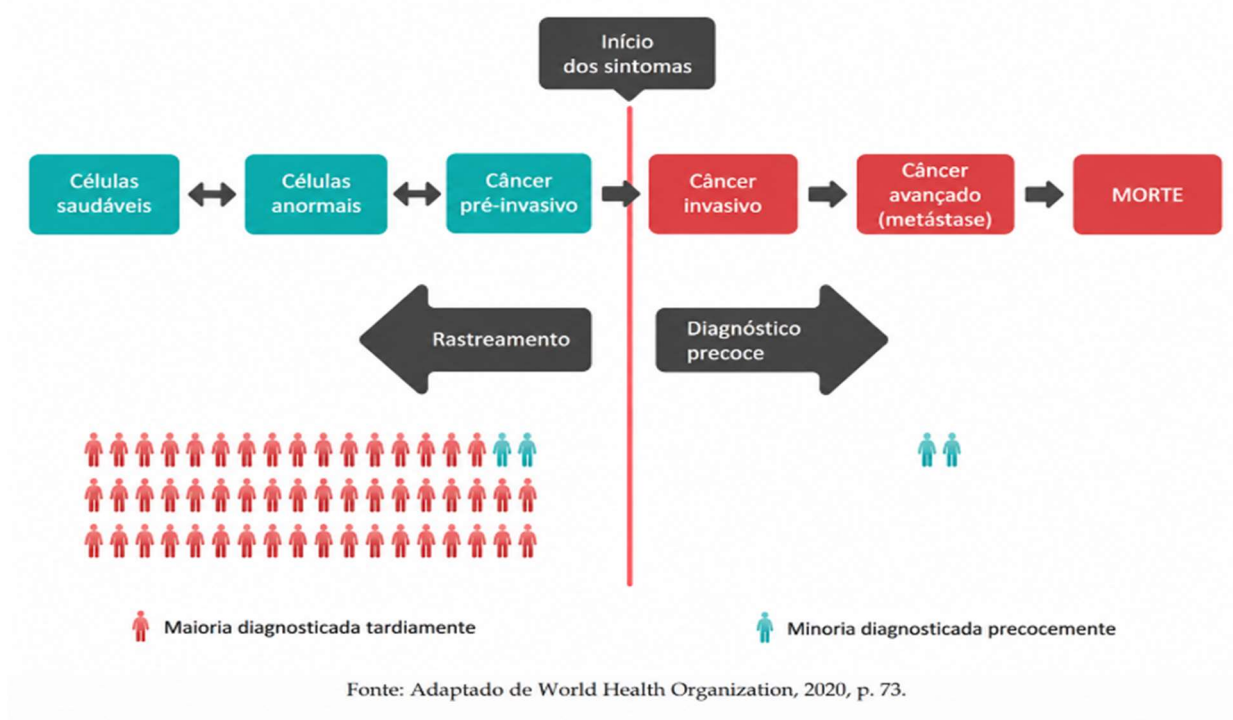
Esse panorama reforça a necessidade de uma abordagem assistencial integrada e longitudinal, centrada não apenas na cura, mas também na qualidade de vida e na reintegração social do paciente oncológico (Siegel; Miller, Jemal, 2019).

Considerando o que já foi dito, destaca-se a importância da atenção primária na educação permanente da população, quanto mais os indivíduos conhecerem esses agentes, conhecerem seus organismos, mais rápido saberão a quem recorrer. Nesse processo, as ações educativas voltadas à conscientização da população sobre a detecção precoce assumem papel estratégico, especialmente por meio de abordagens que envolvem o rastreamento e o diagnóstico precoce, reconhecidos

como importantes instrumentos para a redução da morbimortalidade associada à doença (World Health Organization, 2020).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde distingue duas estratégias complementares para a detecção precoce do câncer: o rastreamento e o diagnóstico precoce. A primeira estratégia refere-se ao rastreamento, que tem por objetivo encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas, por meio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos do câncer rastreado. A segunda estratégia corresponde ao diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença, conforme exemplificado na Figura 1 (World Health Organization, 2020).

Figura 1 - Evolução natural do câncer e oportunidades para rastreamento, detecção precoce e diagnóstico oportuno



Entre as neoplasias que podem se beneficiar das estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce, destaca-se o câncer de próstata, em razão de sua elevada incidência e de sua relevância para a saúde masculina. Esse tipo de neoplasia representa um importante desafio para a atenção primária, que atua tanto na orientação sobre fatores de risco e prevenção quanto na identificação precoce de sinais e sintomas. Para a compreensão dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento da doença e para o reconhecimento de alterações potencialmente

indicativas de câncer, torna-se fundamental conhecer as características anatômicas e fisiológicas da próstata (Cruz, 2021).

A próstata é uma glândula responsável pela produção do líquido prostático, substância que, em conjunto com o líquido seminal, contribui para a nutrição e mobilidade dos espermatozoides. No adulto jovem, possui o tamanho aproximado ao de uma ameixa, podendo aumentar fisiologicamente com o avanço da idade (Cruz, 2021).

As alterações que acometem essa glândula podem manifestar-se de diferentes formas, destacando-se, entre elas, o câncer de próstata, uma das neoplasias mais frequentes na população masculina. Sua relevância torna-se evidente quando analisada sua evolução epidemiológica nas últimas décadas. As taxas de incidência do câncer de próstata, passaram de cerca de 30 casos por 100 mil homens na década de 1990 para mais de 70 por 100 mil nas últimas estimativas nacionais. As principais hipóteses relacionam-se ao efeito combinado do envelhecimento populacional, da melhoria da sensibilidade das técnicas diagnósticas e da disseminação do rastreamento por meio dos testes do Antígeno Prostático Específico (PSA) e do toque retal (Loeb *et al.*, 2014). No entanto, em razão do comportamento indolente de parte desses cânceres e do expressivo sobrediagnóstico, as taxas de mortalidade não acompanham as de incidência (Brasil, 2016; Coleman *et al.*, 2008).

Essa dissociação entre incidência e mortalidade pode ser parcialmente explicada pela heterogeneidade biológica do câncer de próstata, cuja evolução clínica apresenta comportamentos bastante distintos entre os indivíduos. A evolução clínica da doença ainda não é bem conhecida, a despeito do conhecimento de alguns fatores prognósticos. Sabe-se que alguns tipos podem crescer de forma rápida, espalhar-se para outros órgãos e levar à morte, enquanto outros possuem comportamento indolente, crescendo de forma lenta, sem chegar a apresentar sinais durante a vida nem a ameaçar a saúde do homem (Brasso, 1998).

A elevada frequência desses tumores de comportamento indolente é evidenciada por estudos anatomopatológicos realizados em homens que faleceram por causas não relacionadas ao câncer de próstata. Um estudo sobre a prevalência do câncer de próstata em necrópsias de homens que morreram por outras causas demonstrou que, entre os homens de 40 a 50 anos, 37% dos investigados possuíam achados histológicos compatíveis com câncer e que, entre aqueles com mais de 79 anos, essa taxa subiu para 60%. Esses achados reforçam a existência de um

contingente expressivo de tumores clinicamente silenciosos, que possivelmente não se manifestariam ao longo da vida dos indivíduos. Nessa perspectiva, o rastreamento pode levar à detecção de parte desses casos, contribuindo para fenômenos de sobrediagnóstico e, conseqüentemente, de sobretratamento (Bell *et al.*, 2015).

A compreensão da heterogeneidade biológica do câncer de próstata e dos fenômenos de sobrediagnóstico associados ao seu rastreamento exige também o conhecimento dos principais fatores relacionados ao desenvolvimento da doença. Nesse contexto, os principais fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento do câncer de próstata são a idade, a hereditariedade e a obesidade. O risco aumenta significativamente com o avançar da idade, sendo a doença mais comum a partir da sexta década de vida. A existência de familiares de primeiro grau, como pai ou irmão, diagnosticados antes dos 60 anos também eleva o risco, embora seja importante considerar que a agregação familiar de casos pode refletir, em parte, hábitos de rastreamento compartilhados e não apenas uma predisposição genética (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Outro fator consistentemente associado à progressão da doença é a obesidade, mensurada por indicadores como o índice de massa corporal e a circunferência da cintura, a qual apresenta associação não com o surgimento inicial do câncer, mas com um maior risco de desenvolvimento de formas avançadas e de pior prognóstico (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Além desses fatores já estabelecidos, diversos outros possíveis fatores de risco têm sido estudados, incluindo doenças metabólicas, drogas e fatores dietéticos, bem como fatores ocupacionais e ambientais, porém, em geral, as evidências ainda não são conclusivas (Santucci; Gandaglia; La Vecchia, 2022).

Entre os fatores amplamente debatidos na literatura, destaca-se ainda a influência da raça e da etnia sobre o risco de adoecimento. A população negra tem sido considerada de maior risco para o desenvolvimento desse câncer com base em estudos que demonstram maiores taxas de incidências em afrodescendentes, principalmente na população norte-americana. No entanto, essa associação não está tão bem estabelecida para outros países. Algumas diretrizes têm recomendado condutas de rastreamento diferenciadas para afrodescendentes, sem, no entanto, haver evidências conclusivas que respaldem essa conduta (Fernandes; Wünsch-Filho, 2023).

Embora determinados fatores possam aumentar a probabilidade de desenvolvimento da doença, o reconhecimento clínico do câncer de próstata permanece desafiador em razão de sua evolução frequentemente silenciosa. Em grande parte das vezes, o câncer de próstata possui evolução assintomática em sua fase inicial. Contudo, as manifestações clínicas mais comuns são: dificuldade de urinar, demora em iniciar ou finalizar o jato urinário, diminuição do jato urinário, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou a noite, presença de sangue na urina. Esses sinais e sintomas são inespecíficos, sendo necessária avaliação médica para o diagnóstico diferencial (Soares *et al.*, 2019).

Justamente em razão da elevada frequência de casos assintomáticos nas fases iniciais da doença, a detecção precoce do câncer de próstata tem sido objeto de intensos debates entre especialistas. Estudos demonstram a existência de entre os potenciais benefícios e os possíveis riscos associados à realização de exames para rastreamento dessa neoplasia. Os exames mais frequentemente utilizados nesse contexto são o PSA e o toque retal (Soares, 2018).

Entretanto, ambos os exames possuem limitações para identificar corretamente alterações decorrentes do câncer de próstata, uma vez que podem apresentar resultados alterados na presença de doenças benignas, como infecção do trato urinário, hipertrofia prostática benigna e prostatite. Embora o exame de toque retal seja utilizado tradicionalmente para rastrear o câncer de próstata, nenhum estudo examinou seu efeito sobre a mortalidade isoladamente (Fenton *et al.*, 2018).

As limitações diagnósticas desses exames tornam-se ainda mais evidentes quando se analisam os resultados dos estudos de rastreamento. Estudos randomizados e meta-análises que avaliaram a efetividade do rastreamento do câncer de próstata mediante PSA indicam que a taxa de resultados falso-positivos depende criticamente do limiar adotado para PSA. Por exemplo, ao utilizar limiar de 4,0 ng/mL, a incidência de falso-positivo é relativamente menor do que com limiares mais baixos (como 3,0 ng/mL), embora os estudos variem consideravelmente nesse aspecto. Essa variabilidade sugere que limiares mais baixos aumentam a sensibilidade, mas também elevam significativamente os danos associados a investigações diagnósticas desnecessárias (Betiol, 2018).

Entre essas investigações, a biópsia prostática ocupa posição central, uma vez que homens com PSA alterado frequentemente são encaminhados para esse procedimento como método confirmatório. Trata-se de uma intervenção invasiva cuja

necessidade de repetição pode variar de acordo com fatores biológicos individuais e com o limiar de PSA adotado. A repetição de biópsias pode aumentar a probabilidade de efeitos adversos cumulativos, inclusive morbidade local, além de sobrediagnóstico de casos indolentes que talvez nunca progrediriam clinicamente. Os principais danos da biópsia incluem hematúria e infecção, podendo, em alguns casos, resultar em internação hospitalar e, bem mais raramente, evoluir para óbito. Estudos demonstraram que 31% dos homens que se submetem a esses exames apresentam hematúria até 30 dias após a biópsia e que 0,9% dos homens podem ter infecção (Nogueira; Rodrigues *et al.*, 2019).

Além dos potenciais danos físicos, há a possibilidade de repercussões psicológicas relevantes. Em homens que tiveram resultados anormais pelo PSA e resultados benignos na biópsia, a preocupação com câncer de próstata foi consideravelmente maior em comparação àqueles que tiveram resultados normais no rastreamento. A literatura demonstra que os impactos emocionais decorrentes de resultados inicialmente suspeitos podem persistir mesmo após a exclusão diagnóstica da doença, mantendo níveis elevados de preocupação por semanas ou até mesmo meses após a realização da biópsia (Fenton *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, a efetividade do rastreamento do câncer de próstata tem sido amplamente debatida e investigada na literatura científica. A revisão sistemática da Cochrane avaliou cinco estudos com o objetivo de verificar sua efetividade. Os resultados demonstram ausência de redução significativa da mortalidade específica, além da ocorrência de elevados índices de danos à saúde dos homens, como a realização de biópsias para refutar resultados falsos-positivos e uma taxa de sobretratamento aproximada a 50% (Ilic *et al.*, 2013).

Diante desse conjunto de evidências, cada vez mais diretrizes internacionais recomendam que a realização do rastreamento seja precedida de debate sobre suas possíveis consequências e que a decisão seja individualizada e compartilhada, em função de importantes danos associados ao tratamento de cânceres de próstata indolentes (INCA, 2022).

Essa recomendação fundamenta-se, sobretudo, nos impactos decorrentes dos tratamentos realizados em tumores que poderiam nunca produzir repercussões clínicas significativas. Os malefícios associados a esses tratamentos incluem comprometimento da qualidade de vida do homem em decorrência da disfunção

sexual erétil, incontinência urinária, retite actínica (relacionada à radioterapia), além do impacto psicológico de um diagnóstico de câncer (Moyer, 2012).

Assim, considerando as melhores evidências disponíveis, concluiu-se que, de acordo com o balanço entre benefícios e riscos, não é recomendado o rastreamento do câncer de próstata e que, caso o homem deseje realizar esses exames, essa prática deve ser uma decisão compartilhada entre ele e o profissional de saúde, após adequado esclarecimento sobre suas consequências (INCA, 2013).

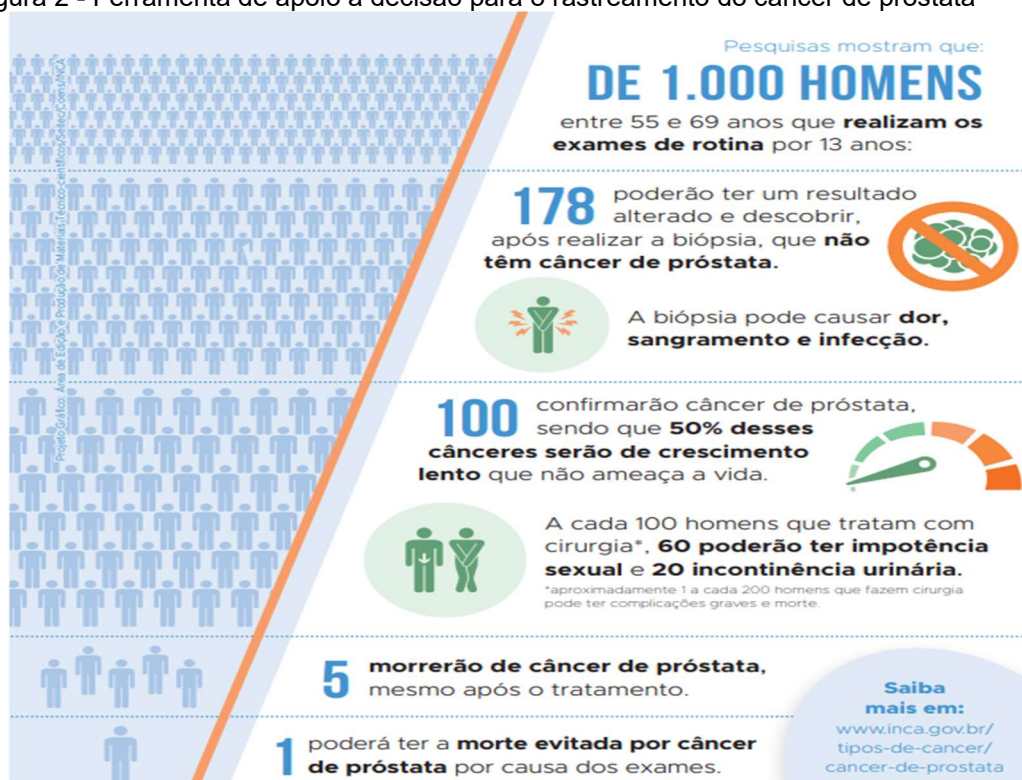
Cabe ressaltar que, embora o PSA e o toque retal sejam exames inadequados para o rastreamento, diretrizes nacionais e internacionais recomendam sua utilização para a investigação e a confirmação diagnóstica do câncer de próstata (Brasil, 2016; Jemal *et al.*, 2020).

Além disso, ambos os exames têm importante papel na avaliação do prognóstico do câncer de próstata, sendo o PSA também empregado no monitoramento de recorrências (Migowski; Silva, 2010).

Apesar da ampla discussão internacional sobre os riscos e benefícios do rastreamento, esse debate ainda permanece relativamente restrito no contexto brasileiro. Para modificar esse cenário, torna-se necessária maior difusão dessas informações e que os profissionais de saúde sejam incentivados a debater e compartilhar a decisão com os homens que demandarem espontaneamente o rastreamento (Migowski; Silva, 2010).

Com o objetivo de subsidiar esse processo de decisão compartilhada, o INCA desenvolveu uma ferramenta de apoio à decisão (Figura 2), de modo a ajudar na conversa sobre as implicações do rastreamento durante a consulta.

Figura 2 - Ferramenta de apoio à decisão para o rastreamento do câncer de próstata



Fonte: INCA (2019).

Embora a tomada de decisão compartilhada sobre o rastreamento constitua um importante componente das ações de prevenção e cuidado em saúde, o enfrentamento do câncer de próstata não se restringe às estratégias de detecção precoce. A promoção da saúde e a adoção de hábitos de vida saudáveis também desempenham papel fundamental na redução dos fatores de risco e na melhoria dos desfechos relacionados à doença. Nesse contexto, ao abordar a importância da Atenção Primária na educação em saúde e na promoção de estilos de vida saudáveis, torna-se indispensável destacar uma das estratégias mais eficazes para a prevenção e o controle de doenças crônicas: a prática regular de atividade física. Diversas evidências apontam que o exercício físico, quando incorporado às políticas públicas e às práticas clínicas, contribui não apenas para a redução da incidência de câncer, mas também para a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Assim, discutir a atividade física sob a ótica da oncologia representa um avanço no campo da promoção da saúde e no cuidado integral ao homem (INCA, 2019).

Neste contexto, a prática de atividades físicas/exercícios físicos é reconhecida como estratégia não apenas para a prevenção, mas também como terapia adjuvante

durante o tratamento do câncer. Desde os primeiros ensaios clínicos publicados no final da década de 1980, foram realizados inúmeros estudos para testar diferentes tipos, intensidades e volumes de atividade física/exercício físico praticados durante e após o tratamento do câncer. Esses resultados geraram número significativo de revisões sistemáticas, o que impulsionou a elaboração de guias e recomendações por diferentes associações científicas de diversos países, inclusive no Brasil (INCA, 2022).

No contexto brasileiro, esse movimento de produção e sistematização de evidências também resultou na elaboração de documentos específicos voltados à orientação de profissionais de saúde e da população. Em 2022, pesquisadores brasileiros, com o apoio da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS), construíram o documento “Atividade Física e Câncer: recomendações para Prevenção e Controle”, o primeiro material de recomendações em língua portuguesa (SBOC, 2023).

Elaborado com o objetivo de aproximar a população brasileira e os profissionais de saúde das melhores e mais atuais evidências científicas sobre os benefícios da prática de atividade física na prevenção e no controle do câncer, esse documento reúne e sintetiza os conhecimentos produzidos sobre o tema. Esse material mostra claramente que a prática de atividades físicas/exercícios físicos previne o desenvolvimento de diferentes tipos de câncer, além da redução da mortalidade geral e específica por câncer em adultos e idosos (SBOC, 2023).

Embora tais evidências reforcem a relevância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no enfrentamento do câncer, a obtenção de resultados favoráveis em oncologia depende também da capacidade do sistema de saúde em assegurar diagnóstico oportuno, acesso ao tratamento e continuidade do cuidado. Nessa perspectiva, a efetividade das ações em oncologia no Sistema Único de Saúde deve ser compreendida como o resultado da articulação entre rastreamento oportuno, acesso adequado à assistência e desfechos assistenciais favoráveis. O cumprimento das diretrizes de rastreamento e a organização da rede assistencial impactam diretamente o estágio da doença ao diagnóstico, o tempo para início do tratamento e os resultados clínicos, como sobrevida e qualidade de vida. Nesse sentido, a efetividade não se restringe à oferta de serviços, mas à capacidade do sistema em produzir resultados em saúde coerentes com os objetivos das políticas públicas,

especialmente no que se refere à detecção precoce, à continuidade do cuidado e à redução de morbimortalidade associada ao câncer (Starfield, 2002).

Diante do exposto, observa-se que o câncer de próstata representa um relevante problema de saúde pública no Brasil, cuja prevenção e manejo exigem abordagens integradas que vão além do diagnóstico precoce e do tratamento clínico (Starfield, 2002).

A literatura demonstra que fatores como envelhecimento populacional, desigualdades no acesso à saúde e controvérsias em torno do rastreamento impõem desafios adicionais à efetividade das políticas de controle da doença. Nesse contexto, a incorporação de estratégias voltadas à promoção da saúde, como a prática regular de atividade física e a educação em saúde na Atenção Primária, revela-se essencial para a redução de riscos, melhoria da qualidade de vida e reabilitação de pacientes oncológicos (Starfield, 2002).

Assim, compreender os avanços e lacunas nas práticas assistenciais e preventivas relacionadas ao câncer de próstata constitui passo fundamental para o fortalecimento das ações de cuidado integral ao homem no âmbito do Sistema Único de Saúde (Starfield, 2002).

## 2.2 A LEI DOS 60 DIAS E SUAS IMPLICAÇÕES NO SISTEMA DE SAÚDE

Entende-se por acesso à saúde a possibilidade de utilização dos serviços de forma justa e equitativa, princípio que está assegurado pela legislação brasileira. Esse direito abrange não apenas o atendimento propriamente dito, mas também, em uma perspectiva mais ampla, a inclusão do indivíduo nos serviços de saúde, conforme suas necessidades específicas, garantindo assistência oportuna e adequada em termos de tempo e local (Lombardo; Popim, 2020).

O acesso aos serviços de saúde constitui um tema complexo e multidimensional, abrangendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizacionais, técnicos e simbólicos. Esses elementos se inter-relacionam na formulação de estratégias e na construção de caminhos voltados à efetivação e universalização da atenção à saúde. Embora a Constituição Federal de 1988 assegure a saúde como um direito de todos e dever do Estado, observa-se que, apesar dos avanços alcançados, ainda persistem desigualdades e barreiras significativas que comprometem o acesso equitativo ao SUS (Assis; Jesus, 2012).

Essas barreiras tornam-se particularmente relevantes no contexto das doenças crônicas e de elevada complexidade assistencial, como o câncer, cuja prevenção, diagnóstico e tratamento dependem de acesso oportuno e contínuo aos serviços de saúde. Nesse cenário, o câncer é uma doença de alcance global, cuja incidência, mortalidade e sobrevida apresentam variações significativas entre diferentes regiões e países. Observa-se um aumento progressivo na incidência mundial, especialmente nas nações de baixa e média renda. O termo câncer abrange centenas de tipos distintos de doenças, cada uma associada a diversos fatores de risco, que demandam estratégias específicas de prevenção e controle (Fernandes *et al.*, 2023).

No Brasil, as estimativas para 2040 projetam aumentos de mais de 60% nos casos novos e mais de 70% nas mortes por câncer. De acordo com estimativas feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer constitui a primeira ou segunda principal causa de morte antes dos 70 anos de idade em 112 dos 183 países analisados, ocupando, ainda, a terceira ou quarta posição em outros 23 países. Diante da magnitude epidemiológica da doença e da necessidade de garantir acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento, diversas estratégias e políticas públicas foram implementadas para qualificar a atenção oncológica. Nesse contexto, a lei nº 12.732 foi instituída em 2012, estabelecendo o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento do câncer no âmbito da rede pública de saúde, para trazer esperança aos que possuem diagnóstico da doença (Brasil, 2012).

A Lei nº 12.732/2012, conhecida como "Lei dos 60 Dias", foi sancionada com o objetivo de garantir que pacientes diagnosticados com câncer iniciem o tratamento no Sistema Único de Saúde em até 60 dias após a confirmação do diagnóstico. Essa legislação representa um marco no combate às desigualdades no acesso ao tratamento oncológico no Brasil, impondo desafios ao sistema de saúde pública e influenciando diretamente a qualidade de vida e o prognóstico dos pacientes. Estudos e relatos de instituições médicas evidenciaram que o tempo entre o diagnóstico e o início da terapia era frequentemente superior ao recomendável, agravando o prognóstico dos pacientes, especialmente os acometidos por câncer de próstata, uma das neoplasias mais prevalentes entre os homens (INCA, 2023).

Embora a legislação tenha avançado, muitas vezes ela não reflete a realidade da assistência oferecida na atenção básica. Apesar dos esforços do governo para fornecer suporte, ainda existem lacunas a serem preenchidas, como o acesso precário aos meios de diagnóstico, o que diminui o impacto positivo da lei. De acordo com

dados do Ministério da Saúde, cerca de 45% dos pacientes com câncer recebem o primeiro atendimento quando a doença já está em estágio avançado não havia um prazo máximo definido para o início do tratamento após o diagnóstico, o que resultava em atrasos significativos, na qual compromete a eficácia do tratamento (Lombardo; Popim, 2020). Como consequência dessas dificuldades, muitos pacientes ainda ingressam tardiamente no sistema de saúde. Dados do Ministério da Saúde indicam que cerca de 45% dos pacientes com câncer recebem o primeiro atendimento quando a doença já se encontra em estágio avançado. Esse cenário reflete problemas históricos de acesso e organização da assistência, uma vez que, antes da promulgação da Lei nº 12.732/2012, não havia prazo máximo definido para o início do tratamento após o diagnóstico, o que frequentemente resultava em atrasos capazes de comprometer a eficácia terapêutica.

Apesar de a Constituição Federal de 1988 assegurar a saúde como direito universal e da Lei nº 12.732/2012 estabelecer prazos para o início do tratamento oncológico, persistem desigualdades e barreiras no acesso ao SUS. O câncer, com sua crescente incidência e complexidade, evidencia essas lacunas, sobretudo na atenção diagnóstica e na disponibilidade de recursos. Assim, embora avanços legislativos tenham sido alcançados, ainda é necessário fortalecer a efetividade do sistema de saúde para garantir acesso oportuno, equitativo e de qualidade aos pacientes, impactando diretamente seu prognóstico e qualidade de vida (Brasil, 1990).

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a população brasileira (art. 196). Esse dispositivo determina que a saúde deve ser assegurada por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de doenças e outros agravos, promovendo a proteção, promoção e recuperação da saúde. Com Base nesse princípio, foi instituído o SUS, que se organiza em torno dos princípios da universalidade, assegurando acesso a todos os cidadãos, independente de classe social ou condição econômica; da integralidade, garantindo ações completas de prevenção, promoção e tratamento; da equidade, priorizando os grupos mais vulneráveis para assegurar justiça no atendimento (Brasil, 1988).

Os artigos 197 a 200 da Constituição detalham a estrutura do SUS, incluindo a organização dos serviços, a participação complementar da iniciativa privada, a fiscalização das ações de saúde e o incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento na área. Dessa forma, o arcabouço legal busca assegurar que o direito à saúde seja

efetivamente garantido, orientando a gestão e a oferta de serviços de maneira planejada e coordenada em todo o território nacional (Fiocruz, 2013).

Essas medidas asseguram que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. No entanto, apesar dos avanços normativos e institucionais alcançados nas últimas décadas, várias barreiras ainda dificultam o acesso universal à saúde, como problemas de gestão e subfinanciamento. Entre os desafios mais relevantes no campo da atenção oncológica, destaca-se o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, uma vez que atrasos nesse processo podem comprometer os desfechos clínicos e a efetividade do cuidado. Diante dessa realidade, o Congresso Nacional e os demais entes responsáveis pela formulação de políticas públicas vêm instituindo marcos legais e estratégias voltados à ampliação do acesso e à qualificação da assistência oncológica, conforme apresentado no Quadro 1 (Brasil, 1990).

Quadro 1 – Leis e Políticas Públicas Relacionadas ao Câncer e o Papel do Estado no SUS

| Ano         | Lei/Política/Portaria                                                             | Objetivo/Descrição                                                                                                                 | Recomendações                                                                        |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1988</b> | Constituição Federal (Art. 196-200)                                               | Define a saúde como direito de todos e dever do Estado; estabelece os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. | Base legal para todas as políticas de saúde.                                         |
| <b>1990</b> | Lei nº 8.080                                                                      | Regula o SUS e define organização da rede de atenção à saúde.                                                                      | Complementa os dispositivos constitucionais sobre saúde.                             |
| <b>2001</b> | Lei nº 10.289 – Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata               | Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de próstata; orienta sobre rastreamento e fatores de risco.                  | Integrado ao Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC).                         |
| <b>2005</b> | Política Nacional de Atenção Oncológica                                           | Organiza atenção oncológica em níveis hierarquizados: UNACON e CACON; prioriza prevenção e diagnóstico precoce.                    | Estabelece atenção integral e especializada ao câncer.                               |
| <b>2011</b> | Portaria nº 2.488 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem NAISH) | Promove ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças que acometem homens, incluindo câncer de próstata.         | Amplia atenção à saúde masculina no SUS                                              |
| <b>2011</b> | Decreto nº 7.508/2011                                                             | Regulamenta a Lei Orgânica da Saúde e orienta a organização da Rede de Atenção à Saúde.                                            | Define responsabilidades de estados e municípios na gestão dos serviços oncológicos. |

|             |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2012</b> | Lei nº 12.732/2012                                                          | Garante início do tratamento oncológico em até 60 dias após confirmação do diagnóstico.                                                                                                                                                                  | Regulamenta prazo legal para início do tratamento.                                                                                                                       |
| <b>2023</b> | Lei nº 14.758 – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) | Reduz incidência do câncer, garante cuidado integral, promove melhoria da qualidade de vida e diminui mortalidade.                                                                                                                                       | Cria o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer.                                                                                               |
| 2025        | A Portaria nº 7266/2025 - Programa Agora tem especialistas                  | Visa reduzir filas no SUS com foco em consultas, exames e cirurgias. A iniciativa utiliza a estrutura pública e privada, permitindo que hospitais privados credenciados atendam pacientes do SUS, com financiamento federal e uso de telessaúde/carreta. | A iniciativa possibilita a utilização de toda a estrutura de saúde do país, pública e privada, aumentando a capacidade de atendimento em apoio aos estados e municípios. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

O Quadro 1 apresenta a síntese dos principais elementos normativos e organizacionais relacionados à atenção oncológica, sendo a coluna “Recomendações” estruturada de modo a orientar a análise e a discussão dos resultados deste estudo. Esse quadro constitui referência analítica para a interpretação dos achados, permitindo relacionar o desempenho assistencial observado com as diretrizes preconizadas pelas políticas públicas de saúde.

Em 2001, a Lei nº 10.289 instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, voltado à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da doença, que é o segundo mais comum entre os homens no Brasil. Integrado ao Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), promove campanhas educativas, orienta sobre fatores de risco e exames regulares, como PSA e toque retal, garantindo rastreamento a partir dos 50 anos ou antes, em casos de histórico familiar. O programa busca melhorar a qualidade do tratamento, oferecendo cirurgia, radioterapia e terapias adicionais, quando necessárias, com atenção integral desde a atenção primária até a secundária (Brasil, 2001).

No mesmo ano, através da Portaria nº 2.488, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), uma iniciativa do Sistema Único de Saúde, criado com o objetivo de promover ações voltadas à saúde da população masculina, com foco na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças que acometem aos homens, como o câncer de próstata, doenças cardiovasculares, diabetes, entre outras. (Brasil, 2011).

Em 2005, o reconhecimento do câncer como problema de saúde pública impulsionou a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica, cuja proposta consistiu em fortalecer ações de prevenção e diagnóstico precoce, ampliando o enfoque para além do tratamento de casos diagnosticados em fases avançadas da doença, momento em que as possibilidades terapêuticas e os desfechos clínicos tendem a ser menos favoráveis (Perottoni, 2018).

Essa política organiza as redes regionais de atenção de forma hierárquica, garantindo um cuidado integral aos pacientes e estabelecendo diferentes níveis de atenção especializadas: as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), voltadas para os cânceres mais prevalentes e equipadas com cirurgia oncológica e oncologia clínica, e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que dispõem infraestrutura técnica para tratar todos os tipos de câncer, oferecendo atendimento cirúrgico, radioterapia, hematologia e, opcionalmente, pediatria (Perottoni, 2018).

No entanto, a organização da rede assistencial, por si só, não era suficiente para garantir que os pacientes tivessem acesso ao tratamento em tempo oportuno. Persistiam desafios relacionados às filas de espera, à regulação do acesso e à demora entre o diagnóstico e o início da terapêutica. Nesse contexto, a Lei nº 12.732/2012 estabelece que pacientes diagnosticados com câncer têm direito a iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde em até 60 dias após a confirmação patológica da doença. Essa determinação é reforçada pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e orienta a organização da Rede de Atenção à Saúde, atribuindo aos estados e municípios a corresponsabilidade na gestão dos serviços oncológicos. O objetivo é promover a descentralização, ampliar o acesso e garantir maior efetividade no atendimento oncológico (CONASS, 2013).

Apesar desses avanços normativos, a aplicação prática dessa normatização enfrenta diversos desafios, entre eles destacam-se a infraestrutura insuficiente em muitos serviços, a desigualdade regional no acesso às unidades de tratamento e a escassez de profissionais especializados em oncologia. Esses fatores contribuem para que o prazo legal de 60 dias nem sempre seja cumprido, o que compromete a qualidade do cuidado, impactando negativamente o prognóstico dos pacientes. Relatórios e estudos apontam índices insatisfatórios de adesão a essa regulamentação, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais eficazes e de

estratégias que fortaleçam a capacidade de gestão e a equidade no acesso aos serviços oncológicos (Sacramento *et al.*, 2019).

Em resposta à necessidade de fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da doença no país, em 19 de dezembro de 2023 foi sancionada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), por meio da Lei nº 14.758, com o objetivo de reduzir a incidência do câncer, garantir cuidado integral aos pacientes e promover a melhoria da qualidade de vida, além de diminuir a mortalidade e a incapacidade associadas à doença (Brasil, 2023).

Para viabilizar essas ações, foi criado o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, que acompanha e orienta o paciente ao longo de todo o processo, desde o diagnóstico até o tratamento (Brasil, 2023).

Embora a Lei dos 60 dias tenha sido um marco na busca por um tratamento oncológico mais ágil no SUS, a população ainda enfrenta desafios significativos para usufruir plenamente dos benefícios previstos. São necessárias melhorias na gestão, na ampliação do diagnóstico precoce e infraestrutura para que a lei seja efetivamente cumprida e os pacientes recebam o tratamento adequado no tempo certo. A PNPCC de 2023 reforça a importância de estratégias integradas para melhorar a qualidade de vida, reduzir a mortalidade e garantir equidade no acesso aos cuidados oncológicos (Brasil, 2023).

Entre as neoplasias diretamente beneficiadas por essas iniciativas de organização do cuidado e ampliação do acesso ao tratamento destaca-se o câncer de próstata, que é o segundo mais comum entre os homens no Brasil e, quando diagnosticado precocemente, possui altas taxas de cura. Nesse contexto, a implementação da Lei dos 60 Dias possui impacto direto sobre os desfechos clínicos desses pacientes, ao assegurar maior celeridade entre a confirmação diagnóstica e o início da terapêutica. A redução do intervalo entre o diagnóstico e o tratamento contribui para evitar a progressão da doença para estágios mais avançados, nos quais as opções terapêuticas tendem a ser mais limitadas, invasivas e associadas a maior risco de sequelas, repercutindo negativamente na qualidade de vida e na sobrevivência dos pacientes (Silva *et al.*, 2019).

A legislação foi criada para garantir que o paciente com câncer inicie o tratamento o mais rápido possível, reconhecendo a importância do tempo como fator decisivo para o sucesso terapêutico. No entanto, na prática, essa norma muitas vezes não é cumprida dentro do prazo estabelecido, e grande parte dos pacientes

desconhece esse direito. Mesmo entre aqueles que possuem esse conhecimento, observa-se frequentemente a ausência de informações sobre os mecanismos disponíveis para reivindicar seu cumprimento ou sobre os órgãos responsáveis por intervir diante de atrasos no atendimento. Como resultado, persistem dificuldades para assegurar o início oportuno do tratamento oncológico, comprometendo a efetividade da assistência e, potencialmente, os desfechos clínicos dos pacientes (Pulido *et al.*, 2023).

Embora a promulgação da Lei nº 12.732/2012 represente um importante avanço para a garantia do acesso oportuno ao tratamento oncológico, sua efetivação nem sempre corresponde à realidade observada nos serviços de saúde. Apesar dos esforços governamentais para ampliar a capacidade de resposta da rede assistencial, ainda persistem lacunas importantes, especialmente no acesso aos meios diagnósticos, o que limita o alcance dos benefícios pretendidos pela legislação. De acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 45% dos pacientes com câncer recebem o primeiro atendimento quando a doença já se encontra em estágio avançado. Esse cenário evidencia que, embora o marco legal tenha fortalecido a proteção do direito ao tratamento, ainda persistem desafios estruturais e operacionais que comprometem sua efetividade. Para que os objetivos da lei sejam plenamente alcançados, torna-se necessário investir na qualificação da rede assistencial, ampliar o acesso ao diagnóstico precoce e fortalecer o financiamento público da atenção oncológica (Sobral *et al.*, 2022).

Entre os fatores que contribuem para a persistência desses desafios, destaca-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde incluindo consultas especializadas e exames diagnósticos, situação associada a condicionantes geográficos, socioeconômicos e culturais. Além disso, essa problemática também se relaciona à qualificação dos profissionais de saúde, demandando processos contínuos de educação permanente voltados à identificação dos fatores de risco e à prevenção dos diferentes tipos de câncer. O acesso desigual e a insuficiente disponibilidade de serviços contribuem para atrasos diagnósticos e para o início tardio do tratamento. Somam-se a isso fragilidades no acompanhamento dos pacientes desde o surgimento dos primeiros sintomas ou da confirmação diagnóstica, evidenciando a importância de sistemas de informação capazes de garantir o monitoramento e a coordenação do cuidado ao longo da linha de atenção oncológica (Brasil, 2022).

Em síntese, a Lei dos 60 Dias representa um avanço significativo na garantia do direito ao tratamento rápido para pacientes com câncer de próstata, com potencial direto de melhorar a qualidade de vida e o prognóstico da doença. No entanto, sua efetividade ainda é limitada por desafios estruturais, como acesso desigual aos serviços de saúde, lacunas na atenção básica, falta de monitoramento adequado e baixo conhecimento dos pacientes sobre seus direitos (Barreto *et al.*, 2014).

Para que os benefícios da legislação sejam plenamente alcançados, é necessário que hajam investimentos em capacitação profissional, integração da rede de atenção à saúde, ampliação do acesso a diagnósticos precoces e a implementação de sistemas de acompanhamento eficientes (Barreto *et al.*, 2014).

Dessa forma, será possível não apenas reduzir o tempo entre diagnóstico e tratamento, mas também contribuir para uma abordagem mais equitativa, oportuna e efetiva no cuidado oncológico masculino (Barreto *et al.*, 2014).

## 2.3 DESAFIOS NA GESTÃO HOSPITALAR PARA O CUMPRIMENTO DA LEI DOS 60 DIAS

A Lei nº 12.732/2012, conhecida como Lei dos 60 Dias, estabelece que pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna comprovada tenham seu primeiro tratamento iniciado no prazo máximo de 60 dias a partir da confirmação da doença (Brasil, 2012).

Apesar dos avanços regulatórios, a gestão hospitalar enfrenta desafios significativos para garantir o cumprimento dessa legislação, dentre estes estão barreiras organizacionais, restrições de recursos e dificuldades na estruturação dos serviços oncológicos (Santos, *et al.*, 2020).

Segundo pesquisas realizadas pelo Datafolha, a saúde pública é apontada pelos entrevistados, desde 2008, como um dos principais problemas do país. Em 2015, foi apurado que, a cada dez brasileiros, seis classificaram a saúde pública como péssima, sendo o tempo de espera a maior adversidade enfrentada pelos usuários (Leite, 2015).

Os dados evidenciam a urgência em discutir a morosidade na prestação de serviços pelo SUS, uma vez que o diagnóstico e o tratamento oportunos são determinantes para desfechos clínicos favoráveis, como cura, prolongamento da vida e melhora da qualidade de vida. No campo da oncologia, essa discussão assume

relevância ainda maior, pois a redução do tempo entre a suspeita diagnóstica, a confirmação da doença e o início da terapêutica pode aumentar significativamente as chances de sucesso do tratamento. Em contrapartida, atrasos no acesso ao cuidado resultam em agravamento do quadro clínico, necessidade de intervenções mais invasivas e maior risco de metástases, comprometendo o prognóstico e reduzindo a efetividade das políticas públicas de saúde (Santos *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2016).

Paralelamente ao fortalecimento das estratégias de prevenção e controle da doença, o desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, juntamente com a ampliação da medicina hospitalar, contribuiu para essa mudança de percepção. A criação de campanhas de esclarecimento e o surgimento do Serviço Nacional de Câncer, em 1942, fortaleceram a noção de educação em saúde como forma de controle da doença (Teixeira; Araújo Neto, 2020).

No contexto da saúde oncológica, o SUS implementou diversas políticas e programas com o objetivo de melhorar a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos. Entre essas políticas, destaca-se o Programa Nacional de Assistência Oncológica. Essas iniciativas visam reduzir a incidência e mortalidade por câncer, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes (INCA, 2023).

No entanto, a implementação dessas políticas enfrenta inúmeros desafios. Entre os principais obstáculos estão as desigualdades regionais que afetam o acesso aos serviços de saúde, a escassez de recursos financeiros e as deficiências na infraestrutura de saúde. Além disso, a gestão ineficaz e a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, muitas vezes, comprometem a efetividade das ações planejadas (Barreto, 2005).

Adicionalmente, a capacitação insuficiente dos profissionais de saúde para lidar com a complexidade do tratamento oncológico e a falta de tecnologias avançadas em algumas regiões dificultam a implementação eficaz das políticas de saúde oncológica. Esse cenário é agravado pela crescente demanda por serviços de saúde, impulsionada pelo envelhecimento da população e pelo aumento da incidência de câncer (Teixeira; Araújo Neto, 2020).

Por outro lado, é importante reconhecer os avanços alcançados pelo SUS na área de saúde oncológica. Nos últimos anos, observou-se uma melhoria na detecção precoce de diversos tipos de câncer, graças ao aumento da cobertura de exames preventivos e campanhas de conscientização. Além disso, houve um

incremento na disponibilidade de tratamentos mais modernos e eficazes, como a terapia-alvo e a imunoterapia (Barbosa *et al.*, 2016).

Entretanto, tais avanços ainda não se distribuem de forma homogênea pelo território nacional, persistindo importantes desigualdades no acesso aos serviços oncológicos. Em regiões menos desenvolvidas do Brasil, fatores como a falta de acesso a serviços de saúde especializados, programas de rastreamento e tratamentos adequados podem influenciar as tendências de mortalidade por câncer. A exposição a fatores de risco reprodutivos, hormonais e mudanças nos padrões alimentares também pode desempenhar um papel significativo. Esses fatores combinados contribuem para o agravamento das desigualdades em saúde e podem resultar em aumentos expressivos na mortalidade por câncer nessas regiões, destacando a importância de medidas para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde (Tourinho-Barbosa; Pompeo; Glina, 2016).

A persistência dessas desigualdades está diretamente relacionada a barreiras estruturais que dificultam o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento oncológico. As principais barreiras que contribuem para a falta de acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer em regiões menos desenvolvidas incluem a escassez de serviços especializados de saúde, a falta de infraestrutura adequada para realização de exames diagnósticos e tratamentos, a dificuldade de deslocamento para centros de referência, a baixa disponibilidade de profissionais capacitados e a limitação de recursos financeiros para custear os procedimentos necessários (Purcino, 2023).

Como consequência, as disparidades regionais constituem um importante obstáculo à efetivação das políticas públicas de controle do câncer e à garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde. A literatura aponta que as regiões mais desenvolvidas possuem melhores infraestruturas de saúde em comparação com as menos desenvolvidas, exacerbando as disparidades no tratamento oncológico (Ferreira; Arroyave; Barros, 2023).

Esses fatores combinados, dificultam o acesso oportuno e eficaz aos cuidados oncológicos, aumentando as disparidades no enfrentamento da doença nessas áreas menos desenvolvidas (Tourinho-Barbosa; Pompeo; Glina, 2016).

Além das barreiras relacionadas à distribuição dos serviços de saúde, outro desafio relevante para a atenção oncológica contemporânea refere-se à incorporação e à sustentabilidade das inovações tecnológicas no âmbito do SUS. A inovação

tecnológica em saúde, envolve o desenvolvimento, a adoção e a disseminação de novas tecnologias nos sistemas de saúde. A literatura recente aponta que, embora o SUS tenha incorporado tratamentos modernos como a terapia-alvo e a imunoterapia, ainda enfrenta desafios relacionados ao custo e à acessibilidade dessas tecnologias. O custo elevado desses tratamentos representa uma barreira para sua ampla implementação, exigindo alocações substanciais de recursos que muitas vezes são limitados no sistema público de saúde (Trindade, 2008).

Nesse contexto, os desafios relacionados à acessibilidade e à incorporação de tecnologias inovadoras extrapolam a dimensão assistencial e alcançam o campo da gestão e do financiamento em saúde. A economia da saúde, que envolve análises de custo-efetividade e alocação de recursos, é vital para a sustentabilidade das políticas de saúde. Sob essa ótica, torna-se necessário avaliar economicamente as intervenções e tecnologias incorporadas ao sistema, de modo garantir a eficiência na utilização dos recursos disponíveis. No caso das políticas oncológicas, há a necessidade de balancear os custos elevados dos tratamentos modernos com a sustentabilidade do sistema de saúde (Pires; Carnut; Mendes, 2021).

Nesse contexto, os desafios relacionados à sustentabilidade financeira das políticas oncológicas materializam-se, na prática, em limitações estruturais e organizacionais enfrentadas pelos serviços de saúde. A principal dificuldade enfrentada pelos hospitais está na estruturação dos fluxos de atendimento oncológico, uma vez que a demanda é infinita e a estrutura é finita. Quando falamos de estrutura, incluímos a estrutura física, equipamentos, insumos e a equipe trabalhadora. A deficiência na capacidade diagnóstica e a carência de especialistas são entraves relevantes para o cumprimento dos prazos exigidos. Além disso, a alta demanda por exames e procedimentos leva a longas filas, impactando negativamente a agilidade no início do tratamento (Souza; Oliveira, 2020).

Outra dificuldade significativa está relacionada à distribuição desigual dos serviços oncológicos pelo território nacional. Pacientes de regiões mais afastadas enfrentam dificuldades de deslocamento, tornando-se vulneráveis ao não cumprimento da legislação. Isto corrobora para que o problema se agrave devido a deficiência na integração entre os níveis de atenção à saúde, prejudicando a continuidade assistencial (Lombardo; Popim, 2020).

Essa realidade manifesta-se de forma particularmente intensa em determinadas regiões do país, evidenciando importantes disparidades territoriais na

oferta da atenção oncológica. As regiões Norte e Nordeste do Brasil frequentemente enfrentam maiores dificuldades devido à infraestrutura limitada, escassez de profissionais especializados e menor disponibilidade de recursos financeiros. Essas disparidades impactam negativamente a detecção precoce, o tratamento oportuno e os resultados clínicos dos pacientes nessas áreas (Barbosa *et al.*, 2016).

A estruturação da rede oncológica no Brasil depende de recursos financeiros, humanos e tecnológicos adequados para assegurar o acesso oportuno ao tratamento. O SUS financia boa parte do atendimento oncológico, mas os repasses nem sempre são suficientes para garantir infraestrutura compatível com a demanda (Brasil, 2023).

Além da disponibilidade de recursos, a qualificação da gestão e o monitoramento dos serviços constituem elementos essenciais para o planejamento e a avaliação da atenção oncológica. Dentre os recursos existentes, destacam-se os Registros Hospitalares de Câncer (RHC), que permitem monitorar o tempo de espera para tratamento e avaliar a efetividade da política pública. No entanto, ainda há necessidade de maior investimento em capacitação profissional e em sistemas informatizados para garantir uma gestão eficiente de modo a potencializar o uso dessas informações na tomada de decisão e na organização dos serviços (INCA, 2023).

Apesar da disponibilidade desses instrumentos de monitoramento e gestão, persistem desafios organizacionais que dificultam a efetivação das políticas públicas e o cumprimento dos prazos assistenciais estabelecidos. A gestão hospitalar enfrenta barreiras organizacionais que impactam diretamente na efetividade da Lei dos 60 Dias. A deficiência nos fluxos administrativos, a burocracia no agendamento de consultas e exames e a fragmentação das redes de atendimento são obstáculos significativos (Silva, *et al.*, 2019).

Além disso, a falta de um sistema de monitoramento e cobrança efetivo impede que gestores acompanhem o cumprimento dos prazos estabelecidos pela legislação. Essa ausência de controle reduz a responsabilização dos serviços e dificulta a identificação de pontos críticos na rede assistencial. A capacitação insuficiente dos profissionais de saúde também emerge como um desafio crítico e a fragmentação dos serviços de saúde, muitas vezes, compromete a continuidade do cuidado, resultando em diagnósticos tardios e subutilização de recursos disponíveis (Konrad *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a qualificação dos profissionais de saúde assume papel estratégico para a efetividade da atenção oncológica e para a adequada condução do

tratamento. O tratamento do câncer requer uma equipe multidisciplinar altamente qualificada, capaz de lidar com a complexidade da doença e os avanços tecnológicos na área. A falta de treinamento especializado pode limitar a eficácia dos tratamentos e prejudicar a qualidade de vida dos pacientes. Somam-se a esse cenário as limitações relacionadas à disponibilidade de tecnologias avançadas em algumas regiões do país, o que representa um impedimento significativo para a implementação de políticas de saúde oncológica eficazes (Farias; Martins; Couto, 2024).

Associada à necessidade de equipes qualificadas e de infraestrutura adequada, a incorporação de novas tecnologias terapêuticas constitui outro desafio relevante para a atenção oncológica contemporânea. Os avanços em terapias oncológicas, como a terapia-alvo e a imunoterapia, têm demonstrado eficácia e boa tolerância, porém, seu acesso ainda é limitado no Brasil devido aos altos custos e à insuficiência de infraestrutura. Além disso, a falta de investimentos e de apoio governamental compromete a inovação e a sustentabilidade das políticas de saúde oncológica. Torna-se, portanto, essencial fortalecer a pesquisa científica, ampliar parcerias com a indústria farmacêutica e garantir financiamento adequado para promover o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas e ampliar o acesso da população a esses tratamentos (Temporão *et al.*, 2022).

Embora os avanços terapêuticos sejam fundamentais para melhorar os resultados clínicos dos pacientes, o controle do câncer depende igualmente de estratégias voltadas à prevenção e à redução dos fatores de risco associados à doença. Os determinantes sociais e comportamentais, como tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo e exposição a agentes carcinogênicos, permanecem como fatores relevantes na incidência e mortalidade por câncer no Brasil. O enfrentamento dessas condições exige o fortalecimento das ações de prevenção e educação em saúde, promovendo hábitos de vida saudáveis e reduzindo desigualdades (Islami *et al.*, 2018).

Nesse contexto, tanto a ampliação do acesso às tecnologias inovadoras quanto o fortalecimento das ações preventivas dependem da capacidade de coordenação e gestão do sistema de saúde. A efetividade das políticas públicas oncológicas depende de uma gestão transparente, ética e eficiente dos recursos, com foco em resultados concretos para os pacientes. Além disso, a integração entre instituições públicas, privadas e acadêmicas é essencial para ampliar a capacidade de resposta do sistema

de saúde, estimular a inovação e assegurar acesso equitativo aos cuidados oncológicos em todo o território nacional (Islami *et al.*, 2018).

Entre as estratégias capazes de fortalecer a gestão, ampliar a capacidade de resposta do sistema e reduzir desigualdades no acesso ao cuidado oncológico, destaca-se a incorporação de soluções tecnológicas aos serviços de saúde. A implementação de soluções tecnológicas pode melhorar a gestão hospitalar e garantir o cumprimento da Lei dos 60 Dias. Sistemas informatizados de gestão de filas e agendamento automático de exames podem otimizar o tempo de resposta ao paciente. Além disso, a telemedicina e a integração eletrônica dos sistemas hospitalares podem facilitar a comunicação entre unidades de saúde (Souza; Oliveira, 2020).

De forma complementar, a ampliação do acesso aos serviços oncológicos também depende da organização territorial da rede assistencial. A descentralização dos serviços oncológicos também se apresenta como estratégia viável para reduzir desigualdades regionais e ampliar o acesso ao tratamento precoce (INCA, 2023).

Entretanto, a efetivação dessas estratégias requer financiamento adequado e mecanismos capazes de sustentar a expansão e a qualificação da assistência. O modelo de remuneração para tratamento oncológico no SUS é baseado na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), que financia quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas (Brasil, 2012). No entanto, os valores repassados, muitas vezes, não cobrem integralmente os custos operacionais, impactando a qualidade da assistência prestada (Barros; Siqueira; Neumann, 2021).

Nesse cenário de restrições orçamentárias, a sustentabilidade financeira torna-se um desafio permanente para os serviços de saúde. A gestão hospitalar precisa lidar com o desafio de equilibrar os custos do tratamento com a sustentabilidade financeira da instituição. Neste sentido, com o intuito de otimizar o sistema e atendimento, parcerias com organizações privadas e otimização de protocolos assistenciais são estratégias que podem contribuir para a eficiência financeira dos serviços oncológicos (Lombardo; Popim, 2020).

Diante desse cenário de subfinanciamento e da defasagem histórica da tabela SUS, o Estado do Espírito Santo adotou um novo modelo de contratualização, por meio da Portaria nº 076-R, de 19 de maio de 2022. Esse novo modelo visa trazer um equilíbrio sustentável entre a demanda existente no Estado e a oferta de serviços (Cunha; Cardoso; Rendeiro, 2024).

A Portaria nº 076-R, de 19 de maio de 2022, institui a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao SUS, voltada a serviços de saúde filantrópicos sem fins lucrativos, regulamentando. Para operacionalizar esse novo modelo de financiamento e organização da assistência, foi instituída a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao SUS, direcionada aos serviços de saúde filantrópicos sem fins lucrativos. Essa política regulamenta a execução descentralizada de programas e formaliza parcerias por convênios. Seus princípios norteadores incluem a simplificação de formalidades, a territorialização, a garantia de acesso, a responsabilização pelo cuidado, a isonomia nas relações e o pagamento por desempenho (SESA, 2019).

Para viabilizar a operacionalização desses princípios, a política estabelece instrumentos e atores específicos responsáveis pela execução e pelo financiamento das ações contratualizadas. Entre os conceitos centrais, destaca-se o Convênio de Contratualização, definido como o instrumento que disciplina o repasse e a utilização de recursos públicos entre órgãos da administração pública estadual e entidades privadas prestadoras de serviços de saúde filantrópicos sem fins lucrativos. Nesse processo, a concedente corresponde ao órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros, enquanto o conveniente refere-se à entidade prestadora de serviços de saúde que celebra o convênio com o Estado. A implementação dessa política representa um avanço na gestão dos serviços de saúde no Espírito Santo, buscando maior eficiência e qualidade no atendimento à população (SESA, 2019).

Além da adoção de um novo modelo de financiamento que complementa a tabela nacional do Sistema Único de Saúde, o Estado do Espírito Santo implementou a Tabela SUS Capixaba, com o objetivo de adequar a remuneração dos serviços prestados e ampliar a capacidade de resposta da rede assistencial. A iniciativa foi regulamentada pela Lei Complementar nº 907, de 26 de abril de 2019, que instituiu a Tabela Estadual de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais. Por meio da definição de valores próprios para procedimentos e serviços de saúde, a medida busca reduzir distorções de financiamento, fortalecer a sustentabilidade dos prestadores e contribuir para a diminuição das filas de espera, favorecendo o acesso da população a consultas, exames e demais procedimentos assistenciais) (Pontes *et al.*, 2017).

Embora iniciativas estaduais, como as implementadas no Espírito Santo, tenham buscado ampliar a capacidade assistencial e reduzir gargalos no acesso aos

serviços de saúde, o enfrentamento das filas e da demora na assistência especializada também passou a ocupar posição central na agenda nacional de saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou, em 2023, o Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), voltado à diminuição das longas filas para procedimentos cirúrgicos eletivos no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2023).

Na continuidade dessa estratégia de ampliação do acesso à atenção especializada, em 2024, o Ministério da Saúde cria o programa “Mais acesso à Especialistas”, incorporando e ampliando o escopo do PNRF, por meio da inclusão de) consultas, exames especializados e fortalecimento do atendimento ambulatorial. A iniciativa representou um avanço na integração de regulação, financiamento e reorganização da atenção especializada no SUS (Brasil, 2024).

Dando prosseguimento a esse processo de reorganização da assistência especializada, em 2025 o Ministério da Saúde consolidou as ações desenvolvidas nos programas anteriores por meio da criação do programa Agora Tem Especialistas. Com maior abrangência operacional, a iniciativa passou a estruturar-se em múltiplos eixos de atuação, incluindo assistência ambulatorial, procedimentos cirúrgicos, ampliação do acesso à radioterapia, créditos financeiros, SUS Digital, ressarcimento ao SUS, provimento e formação profissional, além da oferta de serviços especializados complementares (Brasil, 2025).

Para alcançar esses objetivos, o programa foi estruturado a partir de um conjunto de estratégias voltadas à ampliação da capacidade assistencial e à redução dos tempos de espera no SUS. Entre elas, destacam-se a autorização para que o Governo Federal preste apoio direto a estados e municípios na oferta de atendimento especializado; a ampliação dos turnos de atendimento nas redes pública e privada; a contratação de consultas, exames e cirurgias junto à rede privada; a utilização da Telessaúde para agilizar o acesso a especialistas; a consolidação da rede de prevenção, diagnóstico e controle do câncer; a formação de profissionais especializados; a realização de mutirões e unidades móveis em regiões desassistidas; o monitoramento dos tempos de espera; e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado (Brasil, 2025).

Entretanto, a ampliação da oferta de consultas, exames e procedimentos especializados, por si só, não garante a efetividade da atenção oncológica. A construção da Rede de Atenção Oncológica no SUS apresenta desafios significativos, especialmente no que se refere à pactuação entre instituições e serviços de diferentes

esferas de gestão. Para que programas recentes de ampliação do acesso produzam resultados concretos, torna-se indispensável fortalecer os mecanismos de coordenação da rede, assegurando fluxos assistenciais integrados, regulação eficiente e corresponsabilização entre os entes federativos (Starfield, 2002).

A relevância desses mecanismos torna-se ainda mais evidente diante das consequências decorrentes de sua insuficiência ou fragilidade. Visto que, a fragilidade nos processos de pactuação compromete a articulação da rede, impactando a continuidade do cuidado, o acesso oportuno ao tratamento e o cumprimento de prazos assistenciais. Assim, o fortalecimento dos espaços de governança, negociação e deliberação entre gestores e prestadores constitui elemento central para a consolidação da rede e para a efetividade da atenção oncológica (Starfield, 2002).

Além do fortalecimento dos mecanismos de governança e articulação da rede assistencial, a incorporação de inovações tecnológicas constitui outro elemento estratégico para a qualificação da atenção oncológica. A introdução de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas tem contribuído para ampliar a capacidade de resposta dos serviços de saúde, favorecendo diagnósticos mais precisos, maior efetividade terapêutica e melhor acompanhamento dos pacientes. Nesse sentido, equipamentos e recursos tecnológicos mais avançados vêm sendo gradualmente incorporados à rede pública de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada (INCA, 2023).

Além disso, a educação em saúde e as campanhas de conscientização têm desempenhado um papel fundamental na promoção da saúde pública. Aumentar o conhecimento da população sobre fatores de risco, sinais de alerta e a importância do diagnóstico precoce tem contribuído para mudanças positivas no comportamento de busca por cuidados de saúde entre os brasileiros (Falkenberg *et al.*, 2014).

Apesar desses avanços no campo da informação e da conscientização da população, a efetividade das ações de saúde depende da existência de uma rede assistencial capaz de responder adequadamente às demandas geradas. Nesse sentido, é necessário continuar investindo em infraestrutura de saúde, capacitação profissional e integração dos serviços. Esse desafio torna-se ainda mais relevante diante das persistentes desigualdades regionais e socioeconômicas que afetam o acesso à atenção oncológica no país. Assim, políticas públicas eficazes devem ser implementadas para reduzir essas disparidades, garantindo que todos os brasileiros

tenham acesso equitativo a serviços e tratamentos de qualidade (Falkenberg *et al.*, 2014).

Portanto, o fortalecimento das políticas de saúde oncológica no Brasil exige não apenas ações educativas e preventivas, mas também gestão eficiente, avaliação constante e equidade no acesso, assegurando que todos os cidadãos possam se beneficiar de cuidados de qualidade de forma sustentável e contínua (Carpenter *et al.*, 2009).

Para trazer um breve resumo em relação ao acesso, a legislação e as linhas de cuidado, foi elaborada a Figura 3 para ilustrar melhor todos esses elementos fundamentais. Já a Figura 4 apresenta uma síntese da evolução das principais políticas públicas e marcos normativos relacionados à atenção oncológica no Sistema Único de Saúde.

Figura 3 – Aspectos fundamentais para a efetivação do acesso ao tratamento do câncer de próstata no SUS



Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2012), INCA (2018; 2023), Assis *et al.* (2012), Santos *et al.* (2010), Bray *et al.* (2025).

Figura 4 - Evolução das políticas públicas voltadas à organização da atenção oncológica e à redução dos atrasos no tratamento no SUS

| <b>POLÍTICAS PÚBLICAS EM ONCOLOGIA: DO PROBLEMA À AÇÃO</b><br>Principais desafios que geraram políticas e leis para garantir o cuidado oncológico e reduzir atrasos no tratamento                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROBLEMA QUE ORIGINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | POLÍTICA / LEGISLAÇÃO (ANO)                                                                                                                                                                                                                      | PRINCIPAL OBJETIVO                                                                                                                                                          | AÇÃO / ESTRATÉGIA                                                                                                                                                                                                                                                                    | IMPACTO ESPERADO                                                                                                                                      |
|  <b>Acesso desigual e fragmentado</b><br>Dificuldade para acessar serviços de saúde com equidade e integralidade.                                                                                                                             |  Constituição Federal (1988) e Lei 8.080/1990<br>SUS: universalidade, integralidade e equidade.                                                                 |  Garantir o direito à saúde e organizar o sistema público de saúde.                        |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Definição de princípios do SUS</li> <li>Organização da rede de atenção</li> <li>Responsabilidade dos entes federados</li> </ul>                            |  Acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde.      |
|  <b>Diagnóstico tardio</b><br>Baixa prevenção, pouca informação e acesso demorado ao diagnóstico.                                                                                                                                             |  Lei nº 10.289/2001 Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata<br>Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.                                         |  Promover prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de próstata.               |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Ações de prevenção</li> <li>Orientações sobre rastreamento e fatores de risco</li> <li>Capacitação de profissionais</li> </ul>                             |  Diagnóstico mais precoce e tratamento oportuno.                   |
|  <b>Assistência oncológica desorganizada</b><br>Serviços concentrados, rede pouco integrada e com baixa capacidade.                                                                                                                           |  Política Nacional de Atenção Oncológica (2005)<br>Organiza a atenção oncológica em níveis (UNACON e CAOCN).                                                    |  Estruturar a rede de atenção oncológica e integrar os serviços.                           |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção em níveis assistenciais</li> <li>Integração entre atenção básica, especializada e alta complexidade</li> <li>Fluxos e linhas de cuidado</li> </ul> |  Rede integrada, com cuidado contínuo e resolutivo.                |
|  <b>Fila e escassez de radioterapia</b><br>Oferta insuficiente de equipamentos e serviços de radioterapia.                                                                                                                                    |  Plano de Expansão da Radioterapia no SUS Portaria nº 1.399/GM/MS (2012) e atualizações (2017)<br>Ampliação da oferta de serviços e equipamentos.               |  Ampliar e qualificar a oferta de radioterapia no SUS.                                     |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Expansão dos serviços e equipamentos</li> <li>Redução das filas e do tempo de espera</li> </ul>                                                            |  Maior oferta de radioterapia e redução das filas.                 |
|  <b>Demora para início do tratamento</b><br>Atrasos entre diagnóstico e início do tratamento oncológico.                                                                                                                                     |  Lei nº 12.732/2012 (Lei dos 60 dias)<br>Garante início do tratamento em até 60 dias após confirmação do diagnóstico.                                          |  Reduzir o tempo entre diagnóstico e início do tratamento.                                 |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Prazo legal de até 60 dias</li> <li>Monitoramento e cobrança do cumprimento</li> </ul>                                                                    |  Início do tratamento no prazo legal e melhores desfechos.        |
|  <b>Percurso do paciente fragmentado</b><br>Perdas de oportunidade, abandono do tratamento e desfechos piores.                                                                                                                              |  Lei nº 14.758/2023 Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)<br>Cria o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. |  Garantir cuidado integral e navegação do paciente ao longo da jornada.                  |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Navegação do paciente</li> <li>Coordenação do cuidado</li> <li>Apoio e acompanhamento contínuo</li> </ul>                                                |  Percurso assistencial mais seguro, com menos perdas e abandono. |
|  <b>Filas para consultas, exames e cirurgias</b><br>Demanda crescente e oferta insuficiente no SUS.                                                                                                                                         |  Portaria nº 7.266/2025 Programa Agora Tem Especialistas<br><b>LANÇADA EM 2025</b>                                                                            |  Reduzir filas e ampliar o acesso a consultas, exames e cirurgias com foco em oncologia. |  <ul style="list-style-type: none"> <li>Parcerias público-privadas</li> <li>Uso de telemedicina e unidades móveis (carretas)</li> <li>Aumento da capacidade assistencial</li> </ul>              |  Redução das filas, mais acesso e atendimento oportuno.          |
| <div>            Cada política nasce de um problema real.<br/>           A efetividade depende da implementação, da gestão e da integração da rede.         </div> <div> <b>DIREITO EXISTE. O DESAFIO É GARANTIR NO TEMPO CERTO.</b> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (1988, 1990, 2001, 2012, 2023 e 2025), INCA (2018; 2023), Política Nacional de Atenção Oncológica (2005) e demais documentos normativos relacionados à organização da atenção oncológica no SUS.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 no atendimento a pacientes com câncer de próstata em um CACON, considerando o perfil dos pacientes e os tempos de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento e suas implicações para a organização da atenção oncológica.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com câncer de próstata atendidos em um CACON;
- Identificar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento em pacientes com câncer de próstata, considerando o fluxo assistencial em um CACON;
- Comparar fatores sociodemográficos, clínicos e o tempo de espera para início do tratamento oncológico;
- Analisar os desafios assistenciais associados ao cumprimento da Lei nº 12.732/2012, a partir da análise dos tempos de espera e do perfil dos pacientes, discutindo suas implicações para a organização do cuidado e para a gestão hospitalar, no contexto da atenção oncológica.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa observacional retrospectiva, de delineamento transversal, baseada na análise de prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de próstata entre 2011 e 2023, visando analisar o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Em consonância com os objetivos propostos e com a natureza dos dados analisados, adotou-se uma abordagem quantitativa para o tratamento das informações obtidas. A análise quantitativa consiste na utilização de procedimentos estatísticos para a mensuração, organização e interpretação de dados numéricos, permitindo descrever padrões, frequências, distribuições e associações entre variáveis (Lakatos; Marconi, 2017).

Já a abordagem retrospectiva permite a análise de eventos já ocorridos, possibilitando a avaliação de variáveis clínicas, assistenciais e sociodemográficas registradas no período definido para o estudo, sem interferência do pesquisador sobre o cuidado prestado. Por sua vez, o estudo transversal possibilita a análise das informações em um recorte temporal específico, permitindo descrever a distribuição dos eventos e examinar associações entre variáveis, sem estabelecer relações de causalidade (Lakatos; Marconi, 2017).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em um Hospital Filantrópico, referência em oncologia, localizado na região metropolitana de Vitória, Espírito Santo. O Hospital Santa Rita completou 56 anos de atuação em 2025 e possui acreditação nível 3 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), certificação que atesta elevados padrões de qualidade e segurança assistencial. Sua mantenedora é a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), instituição que atua há 72 anos no desenvolvimento de ações voltadas à assistência oncológica e ao apoio aos pacientes. Além de constituir referência para o atendimento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS), o hospital também presta assistência aos usuários da saúde suplementar.

O Hospital dispõe de 301 leitos, distribuídos entre unidades de internação aberta e unidades intensivas. Deste total de leitos, 138 são destinados ao SUS. O Hospital, faz, mensalmente, mais de 10 mil atendimentos SUS em seu ambulatório, que possui duas portas de entrada: autogestão e regulação. Desses atendimentos, são geradas as cirurgias, as internações clínicas, as quimioterapias e as sessões de radioterapia.

A escolha do hospital como cenário do estudo justifica-se por sua relevância assistencial no contexto da atenção oncológica regional, uma vez que se trata de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), responsável pelo atendimento de pacientes com câncer provenientes de diferentes municípios da região metropolitana do Espírito Santo e de outras localidades do estado e do Brasil. Como ponto estratégico da Rede de Atenção à Saúde, o hospital concentra fluxos assistenciais relacionados ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento terapêutico de pacientes oncológicos.

Embora não atenda à totalidade dos pacientes com câncer de próstata da região, configura-se como referência regional em oncologia, concentrando atendimentos regulados pelo Sistema Único de Saúde, o que justifica o recorte institucional adotado.

#### 4.3 AMOSTRA

A população do estudo foi composta por todos os pacientes do sexo masculino com diagnóstico de câncer de próstata atendidos no Hospital Santa Rita, entre 2011 e 2023, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Dessa forma, a pesquisa baseou-se em uma população definida a partir de registros assistenciais disponíveis no sistema de informação institucional.

O período de análise, compreendido entre 2011 e 2023, foi definido com o objetivo de contemplar diferentes momentos da política de atenção oncológica no Brasil, incluindo os períodos anterior e posterior à promulgação da Lei nº 12.732/2012, que estabelece o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento oncológico, bem como o contexto posterior à pandemia de COVID-19.

Essa delimitação temporal permite avaliar a evolução do acesso ao tratamento, identificar tendências assistenciais e analisar o cumprimento do marco legal ao longo

do tempo, considerando mudanças normativas, organizacionais e assistenciais ocorridas no SUS.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes secundárias, retrospectivas, provenientes do prontuário eletrônico institucional e do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do hospital cenário do estudo.

Após a emissão da carta de anuência pela instituição, a pesquisadora obteve acesso autorizado ao sistema informatizado do hospital em estudo, mediante login e senha individuais, respeitando as normas institucionais de segurança da informação.

Os dados utilizados no estudo encontravam-se previamente registrados de forma rotineira no registro hospitalar de câncer (RHC), que consolida informações clínicas e assistenciais extraídas do sistema informatizado do hospital. A pesquisadora realizou a validação e análise da planilha institucional do RHC, selecionando as informações pertinentes aos objetivos da pesquisa. Os dados foram organizados em uma planilha semelhante a planilha original e analisados, sem inclusão de informações identificadoras dos pacientes.

A escolha dessas fontes de dados justifica-se por sua adequação à pergunta de pesquisa, uma vez que o prontuário eletrônico e o Registro Hospitalar de Câncer reúnem informações essenciais para a análise da jornada terapêutica dos pacientes com câncer de próstata, permitindo a mensuração do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, bem como a identificação de fatores clínicos, assistenciais e sociodemográficos associados ao cumprimento da Lei nº 12.732/2012.

A coleta e análise dos dados foram realizadas pela pesquisadora responsável.

O período de inclusão dos pacientes compreendeu os anos de 2011 a 2023, intervalo definido por contemplar uma série histórica ampliada que permite avaliar o comportamento dos tempos de espera ao longo dos anos, incluindo o período posterior à promulgação da Lei nº 12.732/2012, possibilitando uma análise mais abrangente de seus efeitos no contexto assistencial.

Para fins de análise, as variáveis foram organizadas nas seguintes categorias:

**a) Sociodemográficas:** idade, estado civil, raça/cor e município de residência;

**b) Clínicas:** data do diagnóstico, estadiamento da doença, tipo de tratamento instituído e data de início do tratamento;

**c) Assistenciais:** tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, procedência do paciente e tipo de atendimento (Sistema Único de Saúde).

Embora o estudo não utilize variáveis diretamente relacionadas às decisões gerenciais, a análise dos tempos de espera, do perfil dos pacientes e dos fatores associados ao atraso no início do tratamento permite identificar os desafios assistenciais que impactam diretamente a organização dos serviços e a utilização de recursos hospitalares. Dessa forma, a gestão hospitalar é analisada de forma indireta a partir dos efeitos observáveis no cumprimento da Lei nº 12.732/2012 sobre os fluxos assistenciais e a organização da atenção oncológica.

A confidencialidade e a privacidade das informações foram garantidas por meio da anonimização dos dados, da exclusão de identificadores pessoais e do acesso restrito às informações, em conformidade com as normas éticas e legais vigentes

#### **4.4.1 Critérios de Inclusão**

Serão incluídos pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de próstata, tratamento iniciado e concluído na instituição no período de 2011 a 2023, culminando com o período pós-pandêmico.

#### **4.4.2 Critério de Exclusão**

Pacientes que iniciaram tratamento em outra instituição e casos com abandono de tratamento ou transferência.

### **4.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram tabulados em planilhas Excel e analisados pelo software estatístico SPSS 24.0. Para a análise descritiva, realizou-se a mediana e interquartil para os dados contínuos assimétricos, devido a significância observada no teste de Kolmogorov-smirnov ( $p < 0.001$ ). As variáveis nominais são apresentadas por

frequência e porcentagem e os resultados expressos em gráficos e tabelas para melhor visualização.

Para verificar a associação entre os fatores sociodemográficos e clínicos no tempo de espera entre o diagnóstico e início do tratamento (maior ou menor que 60 dias), foi utilizado o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas assimétricas e chi-quadrado para variáveis nominais.

Para prever a chance do tempo de espera ser maior que 60 dias, foi utilizada a Regressão Logística Binária empregando-se o método Backward Wald para identificar o conjunto de variáveis independentes sociodemográficas e clínicas com melhor capacidade explicativa. Foram incluídas na análise multivariada as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,25$  nas análises associativas (teste de Mann-Whitney ou qui-quadrado), bem como aquelas apontadas pela literatura científica e pela experiência do pesquisador como potencialmente relevantes para o desfecho estudado.

Após a seleção das variáveis, a adequação do modelo foi avaliada com base nos critérios de ajuste de Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit ( $p > 0.05$ ), a estatística do chi-quadrado ( $p < 0.05$ ) e nos coeficientes de determinação  $R^2$  do Cox e Snell e do Nagelkerke. O modelo final selecionado será apresentado em tabela contendo os valores de Odds Ratio (OR), com respectivos intervalo de confiança de 95% e valores de  $p$  inferiores a 0,05 (Zhang, 2016).

#### 4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo observacional, retrospectivo, com utilização de dados secundários provenientes de prontuários clínicos e sistemas institucionais, não envolvendo qualquer tipo de intervenção direta junto aos participantes. Dessa forma, trata-se de um estudo de risco mínimo. Os riscos potenciais estão restritos à possibilidade de identificação indireta dos participantes, relacionada à divulgação indevida de informações confidenciais.

Para minimizar tais riscos, serão adotadas medidas rigorosas de proteção dos dados, incluindo a anonimização das informações, a exclusão de dados identificadores, o acesso restrito aos bancos de dados apenas à pesquisadora responsável e o armazenamento seguro das informações em ambiente protegido, conforme as normas éticas vigentes.

Considerando a natureza retrospectiva do estudo e o uso exclusivo de dados secundários, sem contato direto com os participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando integralmente os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

No que se refere aos benefícios, espera-se que os resultados contribuam para o avanço do conhecimento científico sobre o cumprimento da Lei nº 12.732/2012, ampliando a produção acadêmica nacional sobre o acesso oportuno ao tratamento oncológico. Além disso, o estudo poderá subsidiar a formulação e o aprimoramento de políticas públicas voltadas à saúde do homem, bem como apoiar a gestão hospitalar e a organização da atenção oncológica, ao possibilitar a compreensão dos fluxos assistenciais, dos tempos de espera e da utilização de recursos no cuidado ao paciente com câncer de próstata.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo utilizará dados secundários, retrospectivos, provenientes de prontuários clínicos e sistemas institucionais de informação, sem qualquer tipo de intervenção direta junto aos participantes. A pesquisa respeitará os princípios éticos e legais estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Em razão da natureza retrospectiva do estudo e do uso exclusivo de dados secundários, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado, conforme previsto na Resolução nº 510/2016. Antes do início da coleta de dados, foi emitida carta de anuência pela instituição campo do estudo, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 83493524.8.0000.5065, tendo o parecer aprovado.

O estudo também observou integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a proteção dos dados sensíveis dos participantes por meio da anonimização das informações, da exclusão de identificadores pessoais, do acesso restrito aos bancos de dados e do

armazenamento seguro das informações, assegurando a confidencialidade, a privacidade e a não utilização dos dados em prejuízo dos participantes.

## 5 RESULTADOS

A amostra analisada foi composta por 4.143 pacientes com câncer de próstata atendidos em um CACON do Espírito Santo, no período de 2011 a 2023, com mediana de idade de 69 anos (Q1: 63; Q3: 75), predominantemente de cor parda (65,3%), baixa escolaridade (67,2% com até ensino fundamental) e majoritariamente casados (64,7%) (Tabela1). Quanto aos hábitos de vida, observou-se baixa frequência de etilismo e tabagismo. Destaca-se, ainda, a elevada proporção de dados faltantes em algumas variáveis do banco de dados.

Tabela 1 - Características sociodemográficos e de Hábitos de vida dos pacientes com câncer de próstata, no período de 2011 a 2023, Vitória, ES

|                                   | N=4143              |
|-----------------------------------|---------------------|
| <b>Idade, Mdn (Q1; Q3)</b>        | 69 (63; 75)         |
| <b>Sexo Masculino</b>             | 100%                |
| <b>Raça/Cor/Etnia, Fr (%)</b>     |                     |
| Branca                            | 909 (21.9%)         |
| Parda                             | <b>2707 (65.3%)</b> |
| Preta                             | 363 (8.7%)          |
| Amarela                           | 15 (0.36%)          |
| Indígena                          | 1 (0.02%)           |
| Sem informação                    | <b>148 (3.57%)</b>  |
| <b>Escolaridade, Fr (%)</b>       |                     |
| Nenhum                            | 442 (10.7%)         |
| Fundamental incompleto            | <b>2339 (56.5%)</b> |
| Fundamental completo              | 385 (9.3%)          |
| Nível médio                       | <b>591 (14.3%)</b>  |
| Nível superior incompleto         | 22 (0.53%)          |
| Nível superior completo           | 141 (3.40%)         |
| Sem informação                    | <b>223 (5.38%)</b>  |
| <b>Estado civil atual, Fr (%)</b> |                     |
| Solteiro                          | 687 (16.6%)         |
| Casado                            | 2681 (64.7%)        |
| Viúvo                             | 334 (8.0%)          |
| Separado judicialmente            | 370 (8.9%)          |
| União consensual                  | 61 (1.47%)          |
| Sem informação                    | 9 (0.22%)           |
| <b>Procedência</b>                |                     |
| Grande Vitória                    | 2083 (50.3%)        |
| Metropolitana                     | 788 (19%)           |
| Central                           | 567 (13.7%)         |
| Sul                               | 151 (3.6 %)         |
| Norte                             | 486 (11.7%)         |
| Outros estados                    | 68 (1.6%)           |
| <b>Etilismo, Fr (%)</b>           |                     |
| Nunca                             | 1007 (24.3%)        |
| Ex consumidor                     | 497 (12.0%)         |
| Sim                               | 358 (8.6%)          |
| Não avaliado                      | 840 (20.4%)         |
| Não se aplica                     | 3 (0.07%)           |

|                          |                |              |
|--------------------------|----------------|--------------|
|                          | Sem informação | 1438 (34.7%) |
| <b>Tabagismo, Fr (%)</b> |                |              |
| Nunca                    |                | 1237 (29.8%) |
| Ex consumidor            |                | 742 (17.9%)  |
| Sim                      |                | 320 (7.7%)   |
| Não avaliado             |                | 693 (16.7%)  |
|                          | Não se aplica  | 6 (0.14%)    |
|                          | Sem informação | 1145 (27.6%) |

Fonte: elaborada pelo autor (2025).

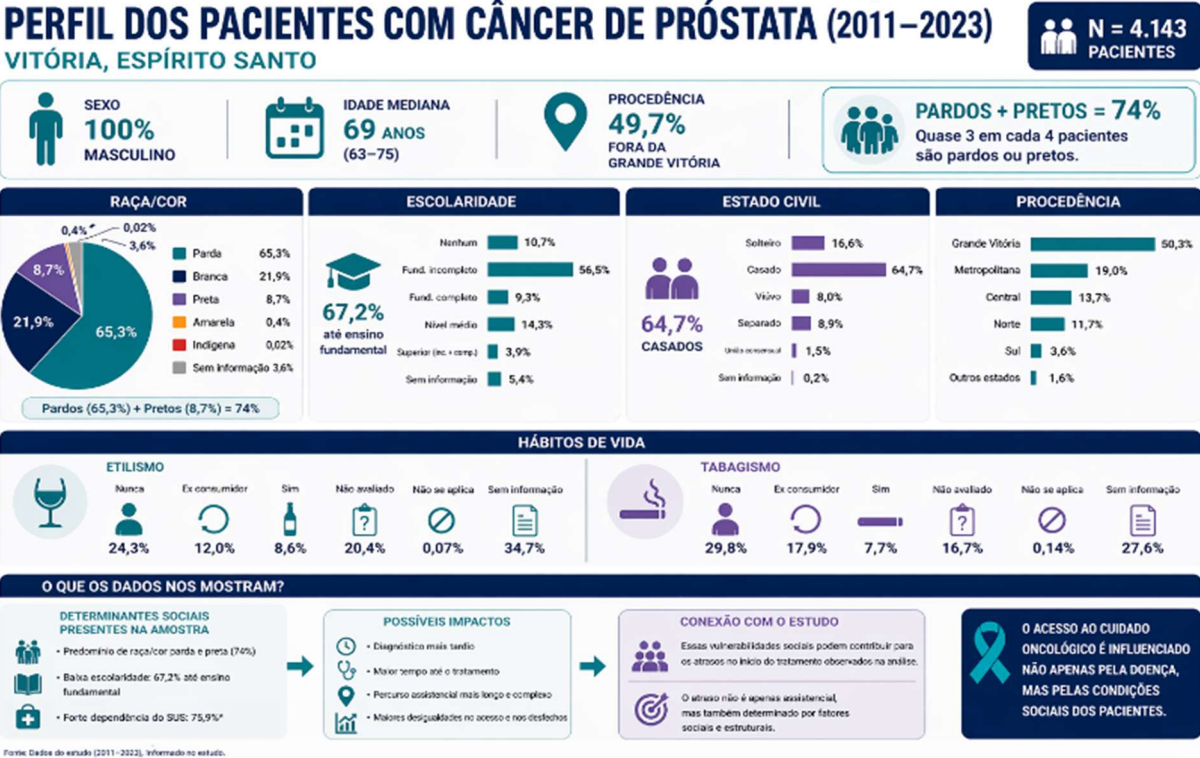
O hospital Santa Rita está localizado na capital Vitória; contudo, por se tratar de um hospital de referência em oncologia no estado, verificou-se que 49,7% dos pacientes eram provenientes de municípios situados fora da Região Metropolitana da Grande Vitória, composta por Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana. Em contrapartida, as menores proporções de pacientes foram registradas entre aqueles provenientes da região Sul do estado e de outras unidades da federação.

A Tabela 2, a seguir, apresenta os resultados descritivos clínicos. Verificou-se uma pequena proporção de pacientes com histórico familiar de câncer (464/4143), 76% encaminhados pelo SUS e quase 100% diagnosticados e sem registro de tratamento prévio. Além disso, assim como nos dados sociodemográficos, identificou-se uma elevada proporção de informações ausentes em algumas variáveis clínicas, dificultando a caracterização da amostra completa.

Com relação ao Câncer, pode-se observar que 99,4% dos pacientes tiveram o diagnóstico confirmado por histopatologia do tumor primário. Quanto ao estadiamento TNM, mais da metade dos casos encontrava-se no estágio II (58,0%), seguido pelo estágio I (26,2%). Observou-se, ainda, uma discrepância entre o estadiamento clínico TNM e o estadiamento patológico do tumor, uma vez que este último apresentou maior concentração de casos no estágio II (65,9%) e apenas 0,9% no estágio I. Em relação às metástases, a localização mais frequente foi nos ossos do crânio, observada em 77,5% dos casos com registro dessa informação.

A fim de proporcionar uma visão integrada das características da população estudada, a Figura 5 apresenta uma síntese do perfil sociodemográfico e dos hábitos de vida dos pacientes com câncer de próstata incluídos na pesquisa.

Figura 5 - Perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer de próstata e potenciais determinantes sociais associados ao acesso ao cuidado oncológico



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do CACON estudado, referentes ao período de 2011 a 2023.

Tabela 2 - Dados Clínicos dos pacientes com câncer de próstata no período de 2011 a 2023, Vitória, ES

|                                                                    | N =<br>4143  |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>História familiar do câncer, Fr (%)</b>                         |              |
| Não                                                                | 870 (21.0%)  |
| Sim                                                                | 464 (11.2%)  |
| Sem informação                                                     | 2809 (67.8%) |
| <b>Ocorrência de mais de um tumor primário, Fr (%)</b>             |              |
| Não                                                                | 4143 (100%)  |
| Sim                                                                | 0            |
| Duvidoso                                                           | 0            |
| <b>Diagnóstico anterior, Fr (%)</b>                                |              |
| Com diagnóstico/Sem tratamento                                     | 4137 (99.9%) |
| Sem diagnóstico/Sem tratamento                                     | 6 (0.1%)     |
| Com diagnóstico/Com tratamento                                     | 0            |
| Outros                                                             | 0            |
| Sem informação                                                     | 0            |
| <b>Origem do encaminhamento, Fr (%)</b>                            |              |
| SUS                                                                | 3106 (75.9%) |
| Não SUS                                                            | 504 (12.1%)  |
| Por conta própria                                                  | 2 (0.05%)    |
| Não se aplica                                                      | 4 (0.10%)    |
| Sem informação                                                     | 527 (12.7%)  |
| <b>Dias entre o diagnóstico e a primeira consulta, Mdn (Q1;Q3)</b> | 69 (42; 120) |

|                                                                             |      |               |
|-----------------------------------------------------------------------------|------|---------------|
| <b>Dias entre o diagnóstico e o início do tratamento</b>                    | 3413 | 151 (90; 232) |
| Mdn (Q1; Q3)                                                                |      |               |
| Menos de 30 dias                                                            |      | 140 (10.1%)   |
| Entre 30 e 60 dias                                                          |      | 356 (10.4%)   |
| Mais de 60 dias                                                             |      | 2917 (85.5%)  |
| <b>Base mais importante para o diagnóstico do tumor, Fr (%)</b>             |      |               |
| Histologia do tumor primário                                                |      | 4120 (99.4%)  |
| Marcadores tumorais                                                         |      | 11 (0.26%)    |
| Histologia da metastase                                                     |      | 3 (0.07%)     |
| Pesquisa clínica                                                            |      | 2 (0.04%)     |
| Exame por imagem                                                            |      | 1 (0.02%)     |
| Clínica                                                                     |      | 0             |
| Citologia                                                                   |      | 0             |
| Sem informação                                                              |      | 6 (0.14%)     |
| <b>Estadiamento do Cancer (TNM)</b>                                         | 948  |               |
| Estadiamento 1                                                              |      | 248 (26.2%)   |
| Estadiamento 2                                                              |      | 550 (58%)     |
| Estadiamento 3                                                              |      | 133 (14%)     |
| Estadiamento 4                                                              |      | 17 (1.8%)     |
| <b>Estadiamento Patológico do Tumor</b>                                     | 801  |               |
| Estadiamento 1                                                              |      | 7 (0.9%)      |
| Estadiamento 2                                                              |      | 528 (65.9%)   |
| Estadiamento 3                                                              |      | 263 (32.8%)   |
| Estadiamento 4                                                              |      | 3 (0.4%)      |
| <b>Localização da Metástase á distância</b>                                 | 351  |               |
| Ossos crânio                                                                |      | 272 (77.5%)   |
| Ossos crânio e Linfonodo                                                    |      | 27 (7.7%)     |
| Omoplata                                                                    |      | 24 (6.8%)     |
| Linfonodos                                                                  |      | 21 (6.0%)     |
| <b>Clínica do início do tratamento no hospital</b>                          | 4143 |               |
| Oncologia clínica                                                           |      | 1618 (39.1%)  |
| Urologia                                                                    |      | 1481 (35.7%)  |
| Radioterapia                                                                |      | 1028 (24.8%)  |
| Outros                                                                      |      | 16 (0.4%)     |
| <b>Primeiro tratamento realizado no hospital, Fr (%)</b>                    | 4049 |               |
| Cirurgia                                                                    |      | 915 (22.1%)   |
| Radioterapia                                                                |      | 859 (20.8%)   |
| Radioterapia e hormonioterapia                                              |      | 786 (19.0%)   |
| Nenhum                                                                      |      | 633 (15.3%)   |
| Hormonioterapia                                                             |      | 602 (14.5%)   |
| Cirurgia e Hormonioterapia                                                  |      | 67 (1.6 %)    |
| Cirurgia, Radioterapia e Hormonioterapia                                    |      | 54 (1.3%)     |
| Hormonioterapia e Quimioterapia                                             |      | 49 (1.2%)     |
| Cirurgia e Radioterapia                                                     |      | 37 (0.9%)     |
| Radioterapia, Hormonioterapia e Quimioterapia                               |      | 17 (0.4%)     |
| Outros                                                                      |      | 10 (0.2%)     |
| Quimioterapia                                                               |      | 8 (0.2)       |
| Quimioterapia e Radioterapia                                                |      | 8 (0.2)       |
| Sem informação                                                              |      | 1 (0,0%)      |
| <b>Estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital, Fr (%)</b> | 4139 |               |
| Doença estável                                                              |      | 1168 (28.2%)  |
| Sem evidência da doença (remissão completa)                                 |      | 700 (16.9%)   |
| Óbito                                                                       |      | 149 (3.60%)   |
| Doença em progressão                                                        |      | 83 (2.01%)    |
| Remissão parcial                                                            |      | 7 (0.17%)     |
| Suporte terapêutico oncológico                                              |      | 5 (0.12%)     |

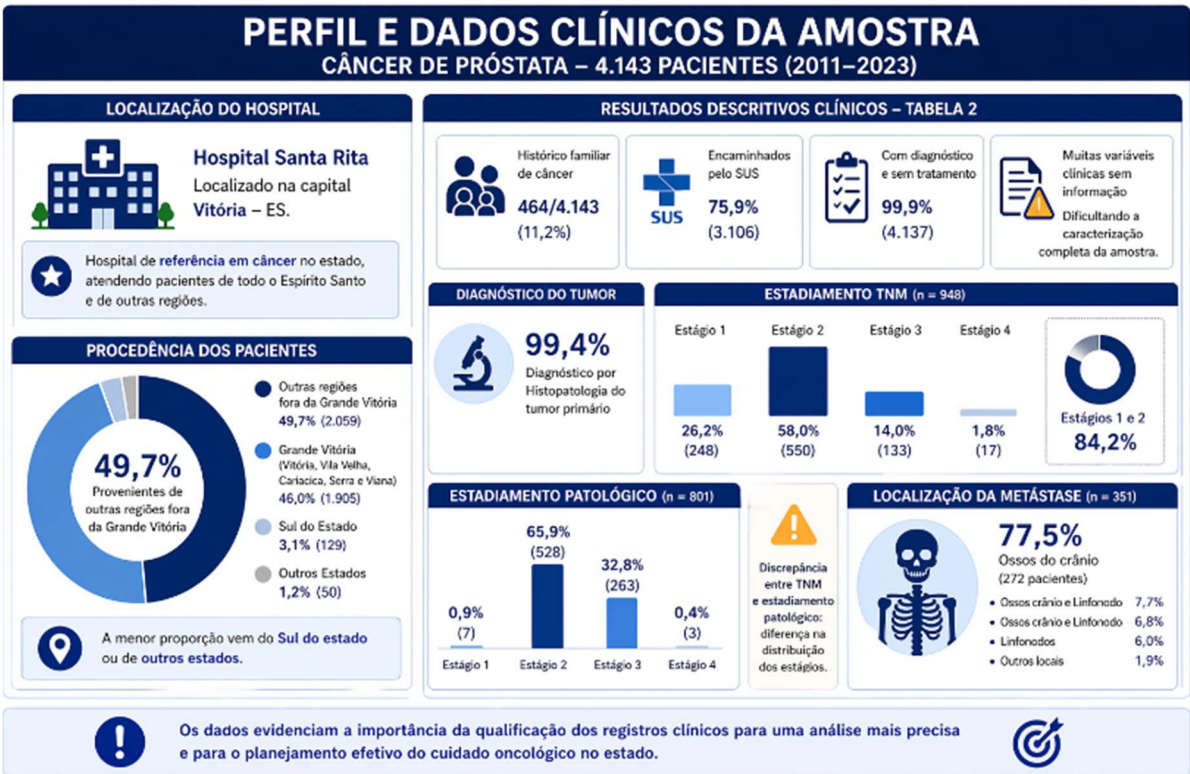
|                                                                                               |                                 |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|                                                                                               | Não se aplica<br>Sem informação | 0<br>2027 (48.9%)          |
| <b>Óbito por câncer, Fr (%)</b>                                                               | 413                             |                            |
| Sim                                                                                           |                                 | 337 (81.6%)                |
| Não                                                                                           |                                 | 66 (15.9%)                 |
|                                                                                               | Ignorado                        | 10 (2.4%)                  |
| <b>Principal razão para a não realização do tratamento antineoplásico no hospital, Fr (%)</b> | 4133                            |                            |
| Outras razões                                                                                 |                                 | 346 (8.4%)                 |
| Óbito                                                                                         |                                 | 52 (1.26%)                 |
| Tratamento realizado fora                                                                     |                                 | 23 (0.56%)                 |
| Doença avançada, falta de condições                                                           |                                 | 20 (0.48%)                 |
| Recusa o tratamento                                                                           |                                 | 14 (0.34%)                 |
| Complicações do tratamento                                                                    |                                 | 8 (0.19%)                  |
| Abandono do tratamento                                                                        |                                 | 6 (0.15%)                  |
|                                                                                               | Não se aplica<br>Sem informação | 3386 (81.9%)<br>278 (6.7%) |
| <b>Custeio do diagnóstico do tumor no hospital, Fr (%)</b>                                    | 507                             |                            |
| Público                                                                                       |                                 | 499 (12.0%)                |
| Plano de saúde                                                                                |                                 | 4 (0.10%)                  |
| Particular                                                                                    |                                 | 3 (0.07%)                  |
| Outros                                                                                        |                                 | 1 (0.02%)                  |
|                                                                                               | Não se aplica<br>Sem informação | 3628 (87.6%)<br>8 (0.19%)  |
| <b>Custeio do tratamento do tumor no hospital, Fr (%)</b>                                     | 3636                            |                            |
| Público                                                                                       |                                 | 3523 (85.0%)               |
| Plano de saúde                                                                                |                                 | 0                          |
| Particular                                                                                    |                                 | 0                          |
| Outros                                                                                        |                                 | 0                          |
|                                                                                               | Não se aplica<br>Sem informação | 530 (12.8%)<br>90 (2.17%)  |

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

A mediana entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 151 dias (Q1: 90; Q3: 232) (Tabela 2), com apenas 14,5% dos pacientes iniciando o tratamento dentro do prazo legal de 60 dias e expressivos 85,5% ultrapassando esse limite (Figura 7). Este achado demonstra o não cumprimento da Lei nº 12.732/2012 na maior parte dos casos.

A fim de proporcionar uma visão integrada das características clínicas e assistenciais da amostra, a Figura 6 apresenta uma síntese dos principais dados relacionados ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento dos pacientes com câncer de próstata incluídos na pesquisa.

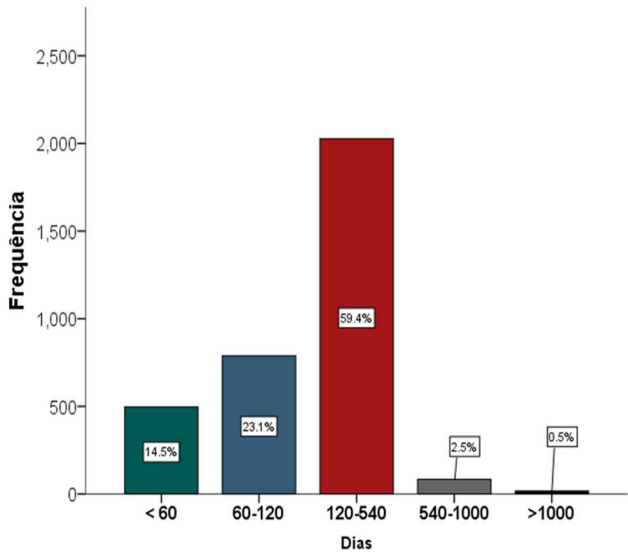
Figura 6 – Características clínicas, procedência e perfil assistencial dos pacientes com câncer de próstata atendidos em um CACON, Vitória/ES, 2011–2023



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) estudado, Vitória/ES, 2011–2023.

**Nota:** Os percentuais de estadiamento TNM, estadiamento patológico e localização de metástases foram calculados considerando apenas os pacientes com informação disponível para cada variável, conforme a figura informa.

Figura 7 - Mediana de tempo para início do tratamento em até 60 dias



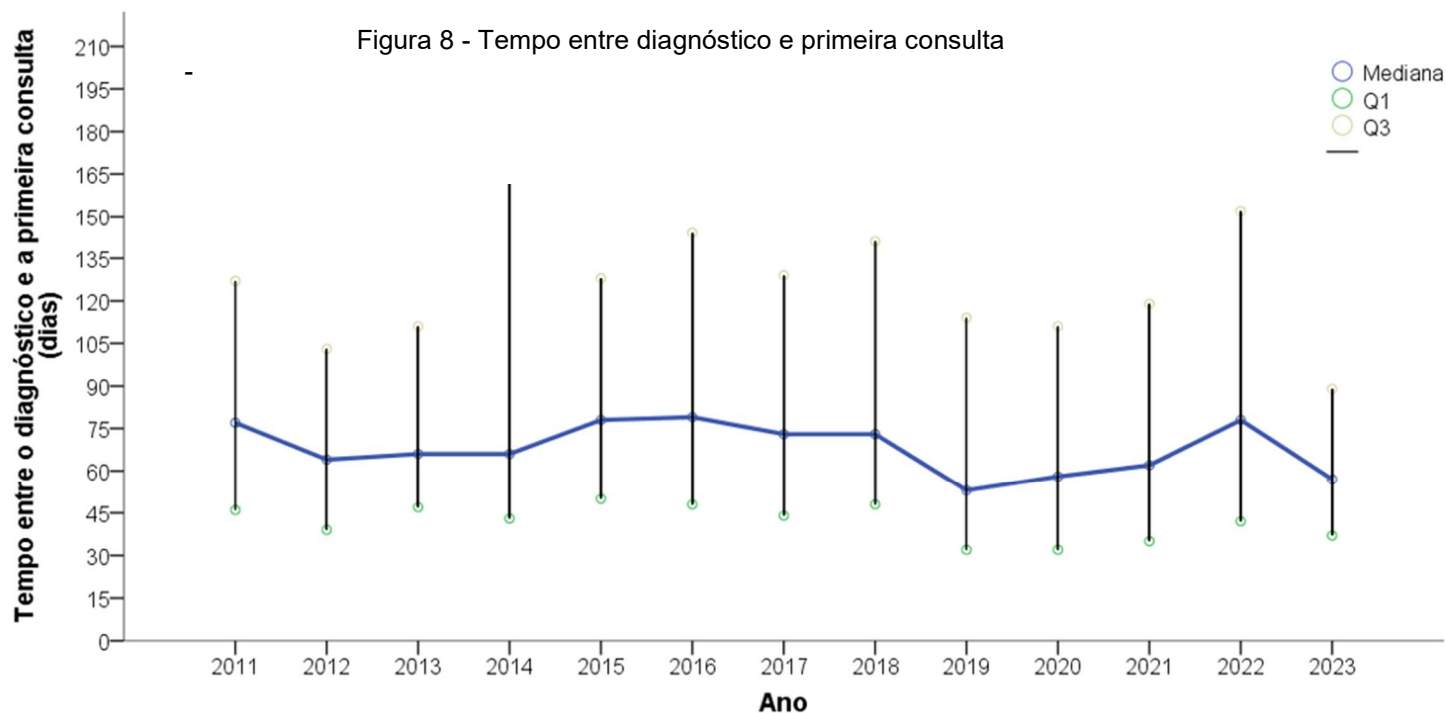
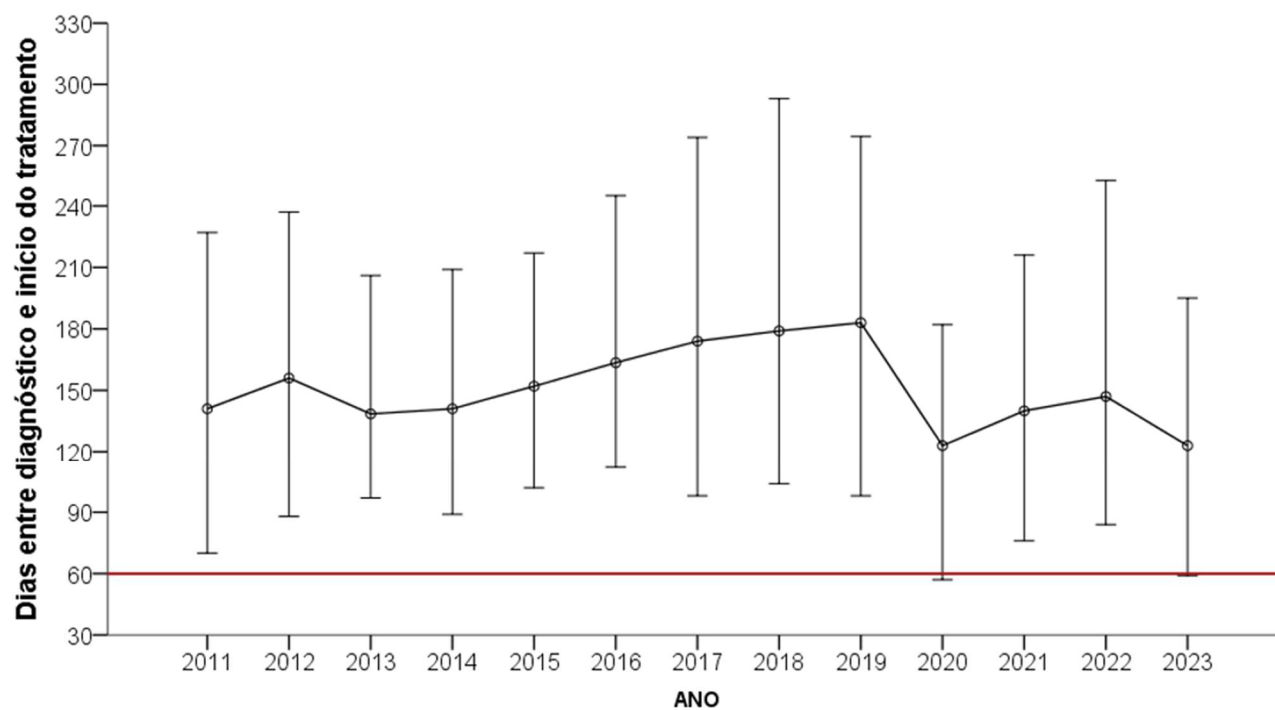


**Figura 9 - Tempo entre diagnóstico e início do tratamento.**



As Figuras 7 e 8 apresentam a mediana de tempo, com interquartis representados pela barra, entre o diagnóstico e a primeira consulta e entre o diagnóstico e o início do tratamento, respectivamente. O gráfico evidencia a persistência de longos intervalos entre o diagnóstico e o acesso ao tratamento ao longo da série histórica analisada. Tanto a mediana do tempo até a primeira consulta quanto a mediana do tempo até o início do tratamento mantiveram-se relativamente estáveis e acima do limite legal de 60 dias. Além disso, observa-se que o primeiro quartil (Q1) do tempo entre diagnóstico e tratamento permaneceu superior a 60 dias na maior parte dos anos avaliados, demonstrando que o atraso não se restringe a casos extremos, mas afeta parcela expressiva dos pacientes. Apenas em 2020 e 2023 o Q1 atingiu valores próximos ao prazo legal, embora sem modificar substancialmente o cenário de descumprimento observado ao longo do período. Esse padrão é reforçado pela distribuição dos pacientes segundo o tempo até o início do tratamento, uma vez que 59,4% iniciaram a terapêutica entre 120 e 540 dias após o diagnóstico.

A Figura 8 demonstra que, após a confirmação diagnóstica, os pacientes levam mais de 70 dias para conseguir agendar a primeira consulta especializada. Além disso, observa-se que tanto no período anterior quanto posterior à promulgação da Lei dos 60 Dias o início do tratamento permaneceu acima do prazo legal estabelecido.

Na Tabela 3 estão os resultados das associações entre os fatores sociodemográficos e clínicos dos participantes que apresentaram tempo entre o diagnóstico e início do tratamento menor ou maior do que 60 dias. Os resultados evidenciam que pacientes com menor tempo de espera eram significativamente mais velhos, residiam predominantemente na Grande Vitória, iniciaram tratamento na oncologia clínica e realizaram quimioterapia ou hormonioterapia. Em contrapartida, os pacientes com tempo de espera de mais de 60 dias eram, em média, mais jovens, provenientes da região central do Espírito Santo, apresentaram maior intervalo entre o diagnóstico e a primeira consulta, estavam vinculados principalmente à clínica urológica e à radioterapia, e tiveram como primeiro tratamento realizado a cirurgia (30,6%) ou a radioterapia (28,3%).

Além das diferenças observadas no perfil assistencial dos pacientes, os resultados demonstraram que o início tardio do tratamento esteve associado a piores desfechos clínicos, evidenciados por maior proporção de doença em progressão (12% vs. 2,3%), menor remissão completa (15,4% vs. 36,8%) e maior mortalidade (14,8% vs. 5,4%).

Tabela 3 - Associação entre características sociodemográficas e clínicas de pacientes com câncer de próstata e o tempo entre diagnóstico e início do tratamento (<60 dias e ≥60 dias), em Vitória-ES, 2011–2023

|                                                                         | N    | Menos de 60 dias   | Mais de 60 dias     | Valor-p           |
|-------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Idade</b> , Mdn (Q1; Q3)                                             | 3413 | 71 (64; 77)        | 68 (63; 74)         | <b>&lt;0.0001</b> |
| <b>Raça/Cor/Etnia</b> , Fr (%)                                          | 3292 |                    |                     |                   |
| Branca                                                                  |      | 127 (26.3%)        | 605 (21.5%)         | 0.058             |
| Preta/Parda                                                             |      | 354 (73.4%)        | 2197 (78.2%)        |                   |
| Outros                                                                  |      | 1 (0.2%)           | 8 (0.3%)            |                   |
| <b>Escolaridade</b> , Fr (%)                                            | 3232 |                    |                     |                   |
| Nenhum                                                                  |      | 50 (10.5%)         | 320 (11.6%)         | 0.157             |
| Fundamental                                                             |      | 322 (67.8%)        | 1958 (71%)          |                   |
| incompleto/completo                                                     |      |                    |                     |                   |
| Nível médio                                                             |      | 87 (18.3%)         | 402 (14.6%)         |                   |
| Nível superior completo                                                 |      | 16 (3.4%)          | 77 (2.8%)           |                   |
| <b>Estado conjugal atual</b> , Fr (%)                                   | 3403 |                    |                     |                   |
| Solteiro                                                                |      | 74 (15%)           | 490 (16.8%)         | 0.325             |
| Casado                                                                  |      | 325 (66.1%)        | 1943 (66.7%)        |                   |
| Viúvo                                                                   |      | 48 (9.8%)          | 220 (7.6%)          |                   |
| Separado judicialmente                                                  |      | 45 (9.1%)          | 258 (8.9%)          |                   |
| <b>Procedência</b>                                                      | 3413 |                    |                     |                   |
| Grande Vitória                                                          |      | <b>266 (53.6%)</b> | 1434 (49.2%)        | <b>0.001</b>      |
| Metropolitana                                                           |      | 112 (22.6%)        | 535 (18.3%)         |                   |
| Central                                                                 |      | 45 (9.1%)          | <b>424 (14.5%)</b>  |                   |
| Sul                                                                     |      | 12 (2.4%)          | 107 (3.7%)          |                   |
| Norte                                                                   |      | 57 (11.5%)         | 363 (12.4%)         |                   |
| Outros estados                                                          |      | 4 (0.8%)           | 54 (1.9%)           |                   |
| <b>Etilismo</b> , Fr (%)                                                | 1683 |                    |                     |                   |
| Nunca                                                                   |      | 153 (50.3%)        | 763 (55.3%)         | 0.217             |
| Ex consumidor                                                           |      | 95 (31.3%)         | 368 (26.7%)         |                   |
| Sim                                                                     |      | 56 (18.4%)         | 248 (18%)           |                   |
| <b>Tabagismo</b> , Fr (%)                                               | 2041 |                    |                     |                   |
| Nunca                                                                   |      | 168 (51.1%)        | 921 (53.8%)         | 0.127             |
| Ex consumidor                                                           |      | 123 (37.4%)        | 549 (32.1%)         |                   |
| Sim                                                                     |      | 38 (11.6%)         | <b>242 (14.1%)</b>  |                   |
| <b>História familiar do câncer</b> , Fr (%)                             | 1169 |                    |                     |                   |
| Não                                                                     |      | 152 (64.7%)        | 615 (65.8%)         | 0.396             |
| Sim                                                                     |      | 83 (35.3%)         | 319 (34.2%)         |                   |
| <b>Origem do encaminhamento</b> , Fr (%)                                | 2985 |                    |                     |                   |
| SUS                                                                     |      | 302 (71.6%)        | <b>2257 (88.1%)</b> | <b>&lt;0.0001</b> |
| Não SUS                                                                 |      | 120 (28.4%)        | 304 (11.9%)         |                   |
| Por conta própria                                                       |      | 0                  | 2 (0,1%)            |                   |
| <b>Dias entre o diagnóstico e a primeira consulta</b> , Mdn (Q1; Q3)    | 3413 | 29 (20.2; 41)      | 78 (50; 133)        | <b>&lt;0.0001</b> |
| <b>Dias entre o diagnóstico e o início do tratamento</b> , Mdn (Q1; Q3) | 3413 | 40 (28; 50)        | 169 (117; 253)      | <b>&lt;0.0001</b> |
| <b>Diagnóstico anterior</b> , Fr (%)                                    | 3413 |                    |                     |                   |
| Com diagnóstico/Sem tratamento                                          |      | 492 (99.2%)        | 2915 (99.9%)        | <b>0.005</b>      |
| Sem diagnóstico/Sem tratamento                                          |      | 4 (0.8%)           | 2 (0.1%)            |                   |
| <b>Base mais importante para o diagnóstico do tumor</b> , Fr (%)        | 3407 |                    |                     |                   |
| Pesquisa clínica                                                        |      | 1 (0.2%)           | 1 (0.0%)            | 0.441             |
| Exame por imagem                                                        |      | 0                  | 1 (0.0%)            |                   |
| Marcadores tumorais                                                     |      | 0                  | 6 (0.2%)            |                   |

|                                                                                               |             |                    |                    |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Histologia da metástase                                                                       |             | 0                  | 2 (0.1%)           |                   |
| Histologia do tumor primário                                                                  |             | 495 (99.8%)        | 2901 (99.7%)       |                   |
| <b>Localização da metástase á distância</b>                                                   | <b>337</b>  |                    |                    |                   |
| Ossos Crânio                                                                                  |             | 113 (72.9%)        | <b>149 (81.9%)</b> |                   |
| Omoplata                                                                                      |             | 14 (9%)            | 8 (4.4%)           | 0.126             |
| Ossos Crânio e Linfonodos                                                                     |             | 17 (11%)           | 10 (5.5%)          |                   |
| Outros                                                                                        |             | 2 (1.3%)           | 4 (2.2%)           |                   |
| <b>Primeiro tratamento realizado no hospital, Fr (%)</b>                                      | <b>3412</b> |                    |                    |                   |
| Nenhum                                                                                        |             | 1 (0.2%)           | 1 (0.0%)           |                   |
| Cirurgia                                                                                      |             | 22 (4.4%)          | <b>893 (30.6%)</b> |                   |
| Radioterapia                                                                                  |             | 36 (7.3%)          | <b>824 (28.3%)</b> |                   |
| Quimioterapia                                                                                 |             | <b>182 (36.7%)</b> | 604 (20.7%)        | <b>&lt;0.0001</b> |
| Hormonioterapia                                                                               |             | <b>196 (39.5%)</b> | 406 (13.9%)        |                   |
| Outros                                                                                        |             | 59 (11.9%)         | 188 (6.4%)         |                   |
| <b>Clínica do início do tratamento no hospital</b>                                            | <b>3413</b> |                    |                    |                   |
| Oncologia clínica                                                                             |             | <b>393 (79.2%)</b> | 1123 (38.5%)       |                   |
| Urologia                                                                                      |             | 38 (7.7%)          | <b>974 (33.4%)</b> | <b>&lt;0.0001</b> |
| Radioterapia                                                                                  |             | 63 (12.7%)         | <b>811 (27.8%)</b> |                   |
| Outros                                                                                        |             | 2 (0.4%)           | 9 (0.3%)           |                   |
| <b>Principal razão para a não realização do tratamento antineoplásico no hospital, Fr (%)</b> | <b>77</b>   |                    |                    |                   |
| Outras razões                                                                                 |             | 3 (18.8%)          | 25 (41%)           |                   |
| Óbito                                                                                         |             | 11 (68.8%)         | 13 (21.3%)         |                   |
| Tratamento realizado fora                                                                     |             | 0                  | 9 (14.8%)          |                   |
| Recusa o tratamento                                                                           |             | 1 (6.3%)           | 2 (3.3%)           |                   |
| Doença avançada, falta de condições                                                           |             | 0                  | 6 (9.8%)           | <b>0.015</b>      |
| Abandono do tratamento                                                                        |             | 0                  | 2 (3.3%)           |                   |
| Complicações do tratamento                                                                    |             | 1 (6.3%)           | 4 (6.6%)           |                   |
| <b>Estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital, Fr (%)</b>                   | <b>2110</b> |                    |                    |                   |
| Remissão completa                                                                             |             | 55 (15.4%)         | 644 (36.8%)        |                   |
| Doença estável                                                                                |             | 204 (57%)          | 964 (55%)          |                   |
| Remissão parcial                                                                              |             | 0                  | 7 (0.4%)           | <b>&lt;0.0001</b> |
| Doença em progressão                                                                          |             | 43 (12%)           | 40 (2.3%)          |                   |
| Suporte terapêutico oncológico                                                                |             | 3 (0.8%)           | 2 (0.1%)           |                   |
| Óbito                                                                                         |             | 53 (14.8%)         | 95 (5.4%)          |                   |
| <b>Óbito por câncer, Fr (%)</b>                                                               | <b>348</b>  |                    |                    |                   |
| Sim                                                                                           |             | 109 (94%)          | 189 (81.5%)        | <b>0.002</b>      |
| Não                                                                                           |             | 7 (6%)             | 43 (18.5%)         |                   |
| <b>Custeio do diagnóstico do tumor no hospital, Fr (%)</b>                                    | <b>395</b>  |                    |                    |                   |
| Público                                                                                       |             | 39 (95.1%)         | 349 (98.6%)        |                   |
| Plano de saúde                                                                                |             | 1 (2.4%)           | 2 (0.6%)           | 0.212             |
| Particular                                                                                    |             | 1 (2.4%)           | 2 (0,6%)           |                   |
| Outros                                                                                        |             | 0                  | 1 (0.3%)           |                   |

Fonte: elaborada pelo autor (2025).

**Nota:** Para fins analíticos, na Tabela 3, a variável procedência foi categorizada de forma distinta da divisão oficial das macrorregiões de saúde do Espírito Santo. Embora os municípios da Grande Vitória integrem a Macrorregião Metropolitana, optou-se por analisá-los separadamente dos demais municípios dessa região, considerando a proximidade geográfica com o CACON estudado e a hipótese de maior facilidade de acesso aos serviços especializados. Dessa forma, a categoria "Grande Vitória"

compreende os municípios de Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica e Viana, enquanto a categoria "Metropolitana" refere-se aos demais municípios pertencentes à Macrorregião Metropolitana. Essa estratégia foi adotada para avaliar possíveis diferenças nos tempos de acesso ao tratamento em função da distância e da localização dos pacientes em relação à instituição.

A tabela 4 apresenta os resultados da regressão logística binária realizada para verificar a influência dos fatores sociodemográficos e clínicos no início tardio do tratamento. O modelo com significância estatística (Hosmer e Lemeshow  $\chi^2=4.8$ , gl=8,  $p=0.779$ ) que melhor explicou a variância do desfecho de interesse (30.7%) foi composto pelas variáveis independentes idade, raça preta/parda, estado civil solteiro, escolaridade, tabagismo, procedência, primeiro tratamento realizado no hospital, clínica de início e primeiro tratamento, origem do encaminhamento e progressão da doença.

Tabela 4 - Análise de regressão logística binária das variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao tempo de espera superior a 60 dias entre diagnóstico e início do tratamento, no período de 2011 a 2023, Vitória/ES

| Variável                   | OR (IC 95%)         | Valor-p           |
|----------------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Idade</b>               | 0.99 (0.97; 1.01)   | 0.429             |
| <b>Preto/Pardo</b>         | 1.13 (0.81; 1.59)   | 0.479             |
| <b>Solteiro</b>            | 1.31 (0.85; 2.01)   | 0.217             |
| <b>Escolaridade</b>        |                     |                   |
| Analfabeto                 | ref                 |                   |
| Fundamental                | 0.61 (0.369; 1.01)  | 0.053             |
| Médio                      | 0.40 (0.218; 0.73)  | <b>0.003</b>      |
| Superior Completo          | 0.334 (0.127; 0.89) | <b>0.026</b>      |
| <b>Tabagismo</b>           |                     |                   |
| Nunca                      | ref                 |                   |
| Ex-consumidor              | 1.20 (0.86; 1.64)   | 0.286             |
| Sim                        | 1.44 (0.92; 2.27)   | 0.114             |
| <b>Procedência</b>         |                     |                   |
| Grande Vitória             | 1.33 (0.92; 1.93)   | 0.127             |
| Central                    | 1.34 (0.74; 2.42)   | 0.330             |
| Regiões Sul                | 1.54 (0.61; 3.89)   | 0.362             |
| Região Norte               | 1.01 (0.60; 1.72)   | 0.958             |
| <b>Primeiro Tratamento</b> |                     |                   |
| Radioterapia               | 4.1 (1.77; 9.7)     | <b>0.001</b>      |
| Quimioterapia              | 0.81 (0.50; 1.31)   | 0.385             |
| Cirurgia                   | 14.3 (4.2; 48.4)    | <b>&lt;0.0001</b> |
| Hormonioterapia            | 0.63 (0.38; 1.04)   | <b>0.047</b>      |
| <b>Clínica de Início</b>   |                     |                   |
| Oncologia                  | 1.20 (0.111; 13.0)  | 0.879             |
| Urologia                   | 3.01 (0.256; 35.4)  | 0.381             |

|                                 |                     |                   |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|
| Radioterapia                    | 2.59 (0.220; 30.5)  | 0.450             |
| <b>Origem do Encaminhamento</b> |                     |                   |
| SUS                             | 2.45 (1.71; 3.51)   | <b>&lt;0.0001</b> |
| <b>Doença em Progresso</b>      | 0.303 (0.164; 0.56) | <b>&lt;0.0001</b> |

---

N= 1719, Nagelkerke  $r^2$ =30.7%/ Hosmer e Lemeshow  $\chi^2$ =4.8, gl=8, p=0.779

Os resultados sugerem que quanto maior o nível educacional (ensino médio ou completo), menor a chance de tratamento tardio (OR 0.40, 95% IC 0.22; 0.73, p= 0.003; OR 0.33, 95% IC 0.13; 0.89, p= 0.026 respectivamente). Similarmente, apresentar doença em progressão diminui a chance de tratamento tardio (OR 0.30, 95% IC 0.16; 0.56, p<0.0001). Por outro lado, ser encaminhado pelo SUS e ter a radioterapia e a cirurgia como estiveram associados a uma maior chance de atraso no início da terapêutica. Pacientes encaminhados pelo SUS apresentaram 2,5 vezes mais chance de atrasar o tratamento (OR 2.45, 95% IC 1.71; 3.51, p<0.0001). Entre as variáveis associadas ao atraso, a cirurgia e a radioterapia apresentaram as maiores magnitudes de associação. A cirurgia esteve associada a uma chance 14 vezes maior de atraso (OR 14,3; IC95% 4,2–48,4; p < 0,0001), enquanto a radioterapia aumentou essa chance em aproximadamente quatro vezes (OR 4,1; IC95% 1,77–9,7; p = 0,001).

Para exemplificar melhor os resultados, a Figura 9 apresenta uma síntese dos principais fatores associados ao atraso superior a 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico.

Figura 9 – Fatores associados ao atraso no início do tratamento oncológico e seus impactos nos desfechos clínicos em pacientes com câncer de próstata, Vitória/ES, 2011–2023



N = 1.719 pacientes | Variáveis sem associação significativa: idade, raça preta/parda, tabagismo, estado civil, procedência e clínica de início.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) estudado, Vitória/ES, 2011–2023.

**Nota:** Resultados obtidos por meio de regressão logística binária para análise dos fatores associados ao tempo superior a 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento. OR = Odds Ratio; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

## 6 DISCUSSÃO

A análise dos dados revelou que a população estudada foi composta por 4.143 pacientes com diagnóstico de câncer de próstata atendidos em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no Espírito Santo, no período de 2011 a 2023, com predominância de homens idosos, de baixa escolaridade, majoritariamente pardos e dependentes do SUS. Esse perfil sociodemográfico evidencia a centralidade do sistema público na atenção oncológica e sugere a presença de condições sociais que podem influenciar o acesso ao cuidado, ainda que tais dimensões não tenham sido diretamente mensuradas no estudo.

Nessa direção, os achados podem ser interpretados à luz da análise de Iamamoto (2001, 2007), que compreende a saúde como expressão da questão social, produzida no interior das desigualdades estruturais da sociedade. A predominância de indivíduos com baixa escolaridade e forte dependência do SUS sugere a existência de vulnerabilidades sociais que podem impactar o percurso assistencial, especialmente no que se refere ao acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento.

Os resultados deste estudo sugerem que o descumprimento do prazo estabelecido pela Lei nº 12.732/2012 permanece como um desafio persistente, complexo e multifatorial, impactando diretamente a oportunidade terapêutica e, consequentemente, os desfechos clínicos dos pacientes com câncer de próstata. Observa-se que, apesar da existência de um arcabouço normativo que assegura o início oportuno do tratamento oncológico, sua efetivação ainda encontra importantes limitações no contexto da prática assistencial, revelando uma distância significativa entre a garantia formal do direito e sua materialização no cotidiano dos serviços de saúde (Brasil, 2012; Sobral *et al.*, 2022).

Nesse sentido, os achados sugerem que o atraso no início do tratamento não pode ser compreendido de forma isolada ou restrita ao nível hospitalar, mas deve ser analisado a partir de uma perspectiva sistêmica, que envolve a organização da rede de atenção à saúde, os fluxos de encaminhamento, a capacidade instalada dos serviços e os mecanismos de regulação do acesso. Tal cenário indica que o problema extrapola a dimensão técnico-operacional, configurando-se como expressão de fragilidades estruturais e organizacionais do sistema de saúde (Medeiros *et al.*, 2020).

Além disso, a persistência desses atrasos sugere limitações na capacidade do Estado em garantir, de forma equânime, a efetivação das políticas públicas, mesmo

diante de dispositivos legais consolidados. Essa condição reforça a compreensão de que a existência de normativas, embora fundamental, não é suficiente para assegurar a efetividade do cuidado, sendo necessária a articulação entre financiamento adequado, gestão eficiente e integração dos serviços (Medeiros *et al.*, 2020).

Assim, os resultados permitem sugerir que o acesso oportuno ao tratamento oncológico está condicionado a múltiplos determinantes, incluindo aspectos institucionais, organizacionais e sociais, os quais, quando não adequadamente enfrentados, contribuem para a reprodução de desigualdades no acesso à saúde e comprometem a integralidade do cuidado (Medeiros *et al.*, 2020).

Esse resultado converge com achados nacionais e internacionais que evidenciam atrasos persistentes no acesso ao tratamento oncológico. Em estudo realizado com dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), envolvendo pacientes oncológicos atendidos no Brasil, Medeiros *et al.* (2020) identificaram mediana de 63 dias entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento, com intervalo interquartil de 36 a 109 dias, demonstrando que parcela expressiva dos pacientes ultrapassava o prazo legal estabelecido pela Lei nº 12.732/2012.

Da mesma forma, dados do Instituto Vencer o Câncer, de 2017, apontam a manutenção de atrasos no acesso ao tratamento oncológico no SUS, evidenciando dificuldades para o cumprimento do prazo legal em diferentes regiões do país. No cenário internacional, Hanna *et al.* (2020), em revisão sistemática e metanálise envolvendo sete tipos de câncer, demonstraram que cada atraso de quatro semanas para o início do tratamento está associado ao aumento da mortalidade, variando entre 6% e 13%, a depender da modalidade terapêutica e do tipo de neoplasia. Esses achados reforçam a relevância do tempo para tratamento como importante determinante prognóstico e indicador de qualidade da atenção oncológica.

Os achados deste estudo permitem, ainda, sugerir que o atraso no início do tratamento não se limita ao nível hospitalar. A mediana de 69 dias entre o diagnóstico e a primeira consulta especializada sugere a presença de gargalos assistenciais ao longo da rede de atenção, indicando fragilidades na articulação entre os níveis de cuidado (Brasil, 2011; INCA, 2018).

Essa interpretação dialoga com Starfield (2002), que destaca que a efetividade dos sistemas de saúde depende da coordenação do cuidado e da integração entre os serviços. Assim, os resultados sugerem que a fragmentação da rede pode contribuir

para o atraso no início do tratamento (Fiocruz, 2013; CONASS, 2013; Sobral *et al.*, 2022).

Além disso, foi observada associação entre tempo de espera superior a 60 dias e piores desfechos clínicos, incluindo maior progressão da doença e maior mortalidade. Embora não seja possível estabelecer causalidade, os achados são coerentes com a literatura e indicam a relevância do tempo como fator prognóstico (Barreto, 2005; Ferreira; Arroyave; Barros, 2023).

No que se refere à procedência, os resultados indicaram maior tempo de espera entre pacientes oriundos de regiões fora da Grande Vitória. Esse dado sugere que o território pode influenciar o acesso ao tratamento, possivelmente refletindo desigualdades na distribuição dos serviços (INCA, 2018; Souza; Oliveira, 2020).

De acordo com Travassos, Oliveira e Viacava (2006), o acesso aos serviços de saúde no Brasil é fortemente condicionado por fatores geográficos e organizacionais. Dessa forma, os resultados sugerem a presença de desigualdades territoriais que, interpretadas criticamente, podem configurar iniquidades em saúde, entendidas como diferenças evitáveis e socialmente produzidas (WHO, 2008).

Além disso, a baixa escolaridade, predominante na amostra deste estudo, sugere a presença de vulnerabilidades sociais que podem interferir no percurso assistencial. Marmot (2015) aponta que determinantes sociais como educação e condições socioeconômicas influenciam diretamente o acesso aos serviços e os desfechos em saúde. Nesse sentido, os resultados sugerem que fatores sociais podem atuar como condicionantes do acesso tardio ao tratamento.

Sob a perspectiva das políticas públicas, os achados evidenciam uma tensão entre a garantia formal do direito à saúde e sua efetivação concreta. Embora a Constituição Federal de 1988 estabeleça a saúde como direito universal, os resultados sugerem limitações na capacidade de implementação dessa garantia (Assis *et al.*, 2012; Sobral *et al.*, 2022).

Em consonância, Behring e Boschetti (2011) destacam que as políticas sociais no Brasil são marcadas por contradições entre a ampliação de direitos e as restrições estruturais. Nessa direção, a Lei dos 60 Dias pode ser compreendida como um avanço normativo importante, porém, insuficiente para garantir, isoladamente, a efetivação do direito ao tratamento oportuno.

Paim (2012) reforça que a consolidação do SUS depende de financiamento adequado, organização da rede e capacidade de gestão. Os resultados deste estudo

sugerem que essas dimensões ainda apresentam limitações, o que impacta diretamente o cumprimento da legislação.

No âmbito da gestão hospitalar, os dados indicam que os serviços operam sob condições de elevada demanda e recursos limitados. A elevada proporção de pacientes que iniciam o tratamento após longos períodos sugere que os desafios enfrentados não se restringem ao nível institucional, mas refletem limitações estruturais do sistema (Romero *et al.*, 2012).

No que se refere ao desfecho clínico, pacientes que iniciaram o tratamento após 60 dias apresentaram menor taxa de remissão completa, maior frequência de óbitos e maior proporção de doença em progressão, evidenciando que o tempo é um fator prognóstico crítico. Esses achados reforçam o fundamento da Lei nº 12.732/2012 e evidenciam limitações na efetividade da Lei nº 10.289/2001, que institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata e preconiza ações de diagnóstico precoce e tratamento oportuno (Brasil, 2001; 2012).

Na assistência, destaca-se que pacientes cujo primeiro tratamento indicado foi a radioterapia apresentaram maior probabilidade de atraso no início do tratamento, configurando um importante gargalo na rede de atenção oncológica. Esse resultado evidencia limitações na capacidade instalada, escassez de equipamentos e elevada demanda reprimida, em desacordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (2005). Além disso, esse achado dialoga com o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (Portaria nº 931/2012, consolidada na Portaria nº 05/2017), que tem como objetivo ampliar a oferta desse serviço. No entanto, os resultados demonstram que tais políticas ainda não foram suficientes para atender à demanda existente, contribuindo para o não cumprimento do prazo legal (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

Outro resultado relevante foi que o encaminhamento pelo SUS aumentou em mais de duas vezes a chance de atraso no início do tratamento, evidenciando sobrecarga dos serviços públicos e limitações na regulação assistencial. Esse achado reforça os desafios na operacionalização da rede prevista pela Lei nº 8.080/1990 e pelo Decreto nº 7.508/2011, indicando que a organização da rede ainda não garante acesso oportuno ao tratamento (Paiva; Cesse, 2015; Sobral *et al.*, 2022).

Além disso, a presença de pacientes que não realizaram qualquer tratamento, associada a maiores taxas de óbito e progressão da doença, evidencia fragilidades na coordenação do cuidado e perda de oportunidade terapêutica, o que reforça a

necessidade de implementação efetiva da Lei nº 14.758/2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e propõe estratégias como a navegação do paciente na rede assistencial (Brasil, 2023; Souza *et al.*, 2013).

Segundo Pires, Carnut e Mendes (2021), o subfinanciamento do SUS constitui um dos principais entraves à efetividade das políticas de saúde, podendo contribuir para a ampliação dos tempos de espera.

Adicionalmente, a recente Portaria nº 7.266/2025, que institui o programa *Agora Tem Especialistas*, surge como uma estratégia para enfrentar os problemas identificados neste estudo, especialmente no que se refere à ampliação da oferta de especialistas, exames e tratamentos. No entanto, os resultados indicam que tais iniciativas ainda precisam ser consolidadas para produzir impacto efetivo no tempo de início do tratamento (Brasil, 2025).

Cabe ainda à gestão hospitalar compreender todos esses fatores e desenvolver modelos de gestão baseados em indicadores assistenciais e monitoramento contínuo dos tempos como estratégia para garantir maior eficiência e qualidade do cuidado. A experiência deste estudo demonstra que a construção de painéis de controle e mecanismos de acompanhamento dos tempos assistenciais, aliada ao fortalecimento do registro adequado das informações clínicas, contribui significativamente para a tomada de decisão e para a organização da linha de cuidado oncológica. A elevada proporção de dados incompletos que foi observada neste estudo, bem como as limitações dos sistemas de informação, como, por exemplo, o SISCAN, evidencia fragilidades na gestão da informação em saúde, impactando o monitoramento e o planejamento assistencial (Grippa *et al.*, 2023).

Dessa forma, os achados deste estudo evidenciam que, embora o Brasil possua um conjunto robusto de políticas públicas, incluindo a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 10.289/2001, a Lei nº 12.732/2012, a Lei nº 14.758/2023, o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 7.266/2025, a efetividade dessas normativas depende da sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde. O cumprimento da Lei dos 60 dias exige uma abordagem sistêmica, que envolva o planejamento regional, o fortalecimento da regulação assistencial, a ampliação da capacidade instalada, a qualificação dos registros e a integração entre os níveis de atenção.

Nesse contexto, a gestão hospitalar assume papel estratégico na articulação da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a redução das dificuldades no acesso

e para a melhoria da resolutividade do cuidado oncológico. Este estudo, ao evidenciar os principais problemas assistenciais e propor estratégias baseadas em monitoramento e gestão por indicadores, contribui para o aprimoramento das políticas públicas e para a construção de um modelo de atenção mais eficiente, equitativo e centrado nas necessidades do paciente.

Dessa forma, os resultados sugerem que o não cumprimento da Lei nº 12.732/2012 está relacionado a múltiplos fatores, incluindo limitações estruturais, desigualdades territoriais e vulnerabilidades sociais (Fonseca *et al.*, 2021).

Por fim, observa-se que a efetividade da política depende não apenas da existência de normativas, mas da capacidade do Estado em garantir condições materiais e organizacionais para sua implementação. Nesse contexto, os achados reforçam a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde, com foco na redução das iniquidades e na promoção da equidade no acesso ao cuidado oncológico.

Quadro 2 - Síntese dos principais resultados e suas implicações para o cumprimento da Lei nº 12.732/2012

| <b>Dimensão</b>                       | <b>Principais achados do estudo</b>                                                                                                       | <b>Implicações para o direito à saúde</b>                                                                          | <b>Recomendações para gestão e políticas públicas</b>                                                                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tempo para tratamento</b>          | Mediana de 151 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento; 85,5% dos pacientes iniciaram tratamento após 60 dias.                  | Evidencia importante descumprimento da Lei nº 12.732/2012 e limitação do acesso oportuno ao tratamento oncológico. | Implantar monitoramento sistemático dos tempos assistenciais e indicadores de cumprimento da Lei dos 60 Dias.                             |
| <b>Acesso à atenção especializada</b> | Mediana de 69 dias entre o diagnóstico e a primeira consulta especializada.                                                               | Demonstra que parte significativa do atraso ocorre antes da chegada ao serviço oncológico.                         | Fortalecer a integração entre Atenção Primária, regulação e atenção especializada, em consonância com o Programa Agora Tem Especialistas. |
| <b>Vulnerabilidade social</b>         | Predomínio de pacientes com baixa escolaridade e dependência do SUS.                                                                      | Os determinantes sociais da saúde podem influenciar a capacidade de acesso e navegação na rede assistencial.       | Desenvolver estratégias de navegação do paciente, educação em saúde e apoio aos grupos socialmente vulneráveis.                           |
| <b>Equidade racial</b>                | Predomínio de pacientes pretos e pardos (74%) em uma doença cuja literatura aponta maior risco e pior prognóstico para a população negra. | Reforça a necessidade de enfrentamento das iniquidades raciais em saúde.                                           | Incorporar indicadores de equidade racial no monitoramento da atenção oncológica.                                                         |
| <b>Desigualdades territoriais</b>     | Pacientes provenientes de diversas regiões do estado, com concentração dos serviços especializados na Região Metropolitana.               | Barreiras geográficas podem comprometer o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento.                             | Fortalecer a regionalização da atenção oncológica e a articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.                             |
| <b>Capacidade assistencial</b>        | Radioterapia (OR=4,10) e cirurgia (OR=14,3) associaram-se a maior chance de atraso.                                                       | Sugere limitações relacionadas à oferta de serviços especializados e à capacidade instalada.                       | Ampliar a capacidade assistencial, especialmente em radioterapia, e aprimorar o planejamento da oferta de procedimentos oncológicos.      |
| <b>Organização da rede</b>            | Encaminhamento pelo SUS associou-se a maior chance de atraso (OR=2,45).                                                                   | Indica desafios na efetivação dos princípios da universalidade e da equidade.                                      | Qualificar processos regulatórios, reduzir tempos de espera e fortalecer a coordenação do cuidado na rede.                                |

|                              |                                                                                                                                 |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Escolaridade e acesso</b> | Níveis mais elevados de escolaridade apresentaram efeito protetor para atraso.                                                  | Demonstra a influência dos determinantes sociais sobre o acesso ao tratamento.                                           | Desenvolver políticas voltadas à redução das desigualdades sociais em saúde.                                                                                                                       |
| <b>Síntese</b>               | O descumprimento da Lei nº 12.732/2012 mostrou-se relacionado a fatores sociais, territoriais, assistenciais e organizacionais. | O atraso no tratamento compromete a efetivação do direito à saúde, da equidade e da integralidade da atenção oncológica. | O enfrentamento do problema requer ações integradas de gestão, fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, ampliação da capacidade assistencial e monitoramento contínuo dos indicadores de acesso. |

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Os resultados deste estudo sugerem que o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 não depende exclusivamente da atuação do serviço especializado e, sim, da capacidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em garantir acesso oportuno ao diagnóstico, à regulação e ao tratamento. Dessa forma, a efetivação do direito à saúde exige intervenções que articulem políticas públicas, gestão dos serviços e enfrentamento das desigualdades sociais e territoriais que permeiam a atenção oncológica

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O descumprimento do prazo estabelecido pela Lei nº 12.732/2012 permanece como um desafio persistente, complexo e multifatorial, impactando diretamente a oportunidade terapêutica e os desfechos clínicos dos pacientes com câncer de próstata. O atraso no início do tratamento oncológico não está associado a um único fator isolado e, sim, a fragilidades estruturais e organizacionais, incluindo limitações no acesso ao diagnóstico, vazios assistenciais na regulação dos acessos, fragmentação entre os níveis de atenção e capacidade insuficiente dos serviços especializados.

Os achados apontam oportunidades concretas para qualificação da atenção oncológica e do processo de gestão hospitalar. A análise reforça a importância do fortalecimento das linhas de cuidado, da implantação de mecanismos sistemáticos de monitoramento dos tempos assistenciais, da integração entre níveis de atenção e do investimento contínuo em educação em saúde e estratégias de diagnóstico precoce.

O cumprimento efetivo da Lei dos 60 dias transcende a dimensão normativa, exigindo uma abordagem sistêmica que envolva planejamento regional, pactuação interfederativa e uso estratégico de dados assistenciais.

A análise dos dados permite inferir que o atraso no início do tratamento não se configura como um fenômeno isolado ou exclusivamente institucional, mas como resultado de múltiplas determinações que envolvem a organização da rede de atenção à saúde, a capacidade de regulação do sistema, a disponibilidade de recursos e as condições sociais dos usuários. Nesse sentido, os achados indicam que o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 depende de uma abordagem sistêmica, que ultrapassa o âmbito hospitalar e envolve a integração entre os diferentes níveis de atenção, especialmente no que se refere à articulação entre atenção primária, serviços diagnósticos e atenção especializada.

Sob a perspectiva das políticas públicas, os resultados evidenciam uma tensão entre a garantia formal do direito à saúde e sua efetivação concreta. Embora o arcabouço normativo brasileiro assegure o acesso universal e integral, a realidade observada sugere limitações na capacidade do Estado em operacionalizar esse direito de forma equânime. Tal cenário indica que a existência de normativas, por si só, não é suficiente para garantir a efetividade das políticas públicas, sendo necessária a

articulação entre financiamento adequado, organização dos serviços e capacidade de gestão.

Adicionalmente, os achados sugerem a presença de desigualdades territoriais e vulnerabilidades sociais que podem influenciar no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, configurando possíveis iniquidades em saúde. Embora tais dimensões não tenham sido diretamente mensuradas, a predominância de pacientes com baixa escolaridade e provenientes de regiões fora da área metropolitana sugere que fatores sociais e geográficos podem atuar como condicionantes do acesso tardio ao cuidado. Nesse sentido, a análise reforça a compreensão da saúde como expressão de desigualdades estruturais, que se materializam no acesso diferenciado aos serviços e nos desfechos clínicos.

No âmbito da gestão em saúde, os resultados apontam para a necessidade de fortalecimento da rede de atenção, com ênfase na ampliação da capacidade diagnóstica, na qualificação dos mecanismos de regulação e na integração entre os níveis de atenção. Destaca-se, ainda, a importância do aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, considerando seu papel estratégico no planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Como implicações práticas, o estudo indica a necessidade de fortalecimento da atenção primária como porta de entrada do sistema, ampliação da oferta de serviços especializados, melhoria dos fluxos de encaminhamento e regulação, redução das desigualdades territoriais no acesso ao cuidado e desenvolvimento de estratégias que considerem os determinantes sociais da saúde. Tais medidas são fundamentais para garantir maior equidade e efetividade na atenção oncológica.

Por fim, conclui-se que, embora a Lei nº 12.732/2012 represente um avanço importante na garantia do direito ao tratamento oportuno, sua efetividade permanece condicionada à capacidade do Estado em enfrentar os desafios estruturais do sistema de saúde brasileiro. O cumprimento da legislação deve ser compreendido como parte de um processo mais amplo de consolidação do sistema de saúde enquanto política pública universal, integral e equitativa.

A experiência prática deste estudo evidencia que a gestão hospitalar pode atuar de forma proativa, utilizando os resultados para desenvolver painéis de controle e indicadores de desempenho, monitorando o tempo entre diagnóstico e início do tratamento e elaborando métodos para o registro completo de dados clínicos. Essas ações não apenas melhoram o monitoramento interno, elas fortalecem a articulação

com os sistemas nacionais, como o SISCAN, contribuindo para uma visão mais precisa e estratégica do cuidado oncológico.

Como limitações do estudo, destacam-se o uso de dados secundários, a impossibilidade de estabelecer relações causais e a ausência de variáveis que permitam aprofundar a análise das dimensões sociais e territoriais. Dessa forma, sugere-se que pesquisas futuras possam incorporar abordagens qualitativas e análises mais aprofundadas sobre os determinantes sociais e organizacionais do acesso ao tratamento oncológico.

Em síntese, esta dissertação contribui para o campo das políticas públicas ao evidenciar que o acesso oportuno ao tratamento não depende apenas da existência de normativas legais, mas da capacidade do sistema de saúde em garantir condições concretas para sua efetivação, reafirmando a necessidade de políticas que enfrentem as iniquidades e promovam a equidade no cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABRALE. Saiba seus direitos quando a Lei dos 60 Dias não é cumprida no SUS. *Revista Abrale*, 18 abr. 2022. Disponível em: <https://revista.abrale.org.br/direito/2022/04/saiba-seus-direitos-quando-a-lei-dos-60-dias-nao-e-cumprida-no-sus/>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100002>.
- BARBOSA, F. A. *et al.* Câncer de próstata no Brasil e na América Latina: epidemiologia e rastreamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62, n. 3, p. 267-274, 2016.
- BARBOSA, I. R. *et al.* Desigualdades socioeconômicas e mortalidade por câncer: um estudo ecológico no Brasil. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, v. 29, n. 3, p. 350–356, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p350>
- BARRETO, E. M. T. **Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil**: Instituto Nacional de Câncer (INCA). 2005. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n3.1954>
- BARRETO, M. L. *et al.* Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 1-3, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- BARROS, L. H. C.; SIQUEIRA, A. C. A.; NEUMANN, L. T. V. O Direito dos Pacientes com Câncer à Participação na Tomada de Decisão: reflexões e aprendizados da ONG Instituto Oncoguia. **BOLETIM DE DIREITO SANITÁRIO**: caminhos para a efetivação do direito humano à saúde. São Paulo: CEPEDISA, 2021. p. 34-42.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BELL, K. J. L. *et al.* Prevalência de câncer de próstata incidental: uma revisão sistemática de estudos de autópsia. *International Journal of Cancer*, v. 137, n. 7, p. 1749-1757, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.29538>
- BETIOL, J. C. *et al.* Rastreio do câncer de próstata: Revisão sistemática da literatura sobre as perspectivas mundiais. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 16, n. 55, p. 89-98, 2018. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n55.4707>
- BOCHEN CAO, *et al.* “Effect on longevity of one-third reduction in premature mortality from non-communicable diseases by 2030: a global analysis of the Sustainable Development Goal health target.” *The Lancet*, v. 6, n. 12, e1288-e1296, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30411-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30411-X)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 13 out. 2025.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001**. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2001/l10289.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/l10289.htm). Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 13 out. 2025.

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*, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm). Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 498, de 11 de maio de 2016**. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 90, p. 140, 12 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel-Oncologia**: dados do tratamento oncológico no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2023**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023**. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 dez. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm). Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. **Cadernos de Atenção Primária**, n. 29, Brasília, 2010. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_primaria\\_29\\_rastreamento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf). Acesso em: 12 out. 2024.

BRASSO, K. *et al.* Câncer de próstata na Dinamarca: um estudo populacional de 50 anos. **Urologia**, v. 51, n. 4, p. 590-594, 1998. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(97\)00705-x](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(97)00705-x)

BRAY, F. *et al.* Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas do GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 tipos de câncer em 185 países. **CA: um periódico sobre câncer para clínicos**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

CARPENTER, W. R. *et al.* Racial differences in trust and regular source of patient care, and implications for prostate cancer screening utilization. *Cancer*, Hoboken, v. 115, n. 21, p. 5048-5059, 1 nov. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.24539>

COLEMAN, M. P. *et al.* Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *The Lancet Oncology*, London, v. 9, n. 8, p. 730-756, ago. 2008. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(08\)70179-7](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(08)70179-7)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Nota Técnica nº 03/2013**: 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). Brasília, 18 mar. 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-03-2011-PT-sobre-a-Lei-Tratamento-Cancer.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

CRUZ, D. L. V. **Estudo sobre os cânceres**. Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021. DOI: <https://doi.org/10.47094/978-65-88958-10-0>

CUNHA, C. S.; CARDOSO, A. L.; RENDEIRO, M. M. P. Análise da Autorregulação Formativa Territorial no estado do Espírito Santo na percepção de médicos e gestores. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, e02776267, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2776>

DA SILVA, M. J. S. *et al.* Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n. 3, p. 177-187, 2017. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.133>

ESPÍRITO SANTO. **Tabela SUS Capixaba para exames é publicada no Diário Oficial**, 2019. Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/tabela-sus-capixaba-para-exames-e-publicada-no-diario-oficial>. Acesso em: 18 mar. 2025.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013%20%20>

FARIAS, A. X.; MARTINS, T. T. P.; COUTO, G. B. F. de. A importância da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente oncológico. **Revista Extensão**, v. 8, n. 2, p. 7–14, 2024. Disponível em:

<https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/9662>. Acesso em: 30 abr. 2025.

FENTON, J. J. *et al.* Rastreamento de câncer de próstata baseado em antígeno prostático específico: relatório de evidências e revisão sistemática para a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA. **Jama**, v. 319, n. 18, p. 1914-1931, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3712>

FERLAY, J. *et al.* Estatísticas de câncer para o ano de 2020: Uma visão geral. **Revista internacional de câncer**, v. 149, n. 4, p. 778-789, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>

FERNANDES, B. B. *et al.* O diagnóstico precoce do câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 9, p. e10028-e10028, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reamed.e10028.2022>

FERNANDES, G. A.; WÜNSCH-FILHO, V. Ocupação e câncer no Brasil: um desafio perene. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.L.], v. 48, n. 11, p. 2865-2875, fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/35422pt2023v48edcinq10>

FERREIRA, M. do C.; ARROYAVE, I.; BARROS, M. B. de A. Desigualdades sociais em câncer no sexo masculino em uma metrópole da região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, p. 38, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004712>.

FINGER, B. A.; LIMBERGER, T. A. Acesso ao tratamento oncológico no SUS: a responsabilidade civil do Estado pela perda da chance de cura ou de sobrevivência das pacientes com câncer de mama. **Revista De Direitos E Garantias Fundamentais**, v. 20, n. 1, p. 155–190. DOI: <https://doi.org/10.18759/rdgf.v20i1.1082>.

FONSECA, B. P. *et al.* Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: A network analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2021 Dec 23; 7:100153. DOI: [10.1016/j.lana.2021.100153](https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100153).

GRIPPA, W. R. *et al.* Completeness of variables in Hospital-Based Cancer Registries for prostatic malignant neoplasm. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 3, e20230467, 2024. DOI: DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0467>

HANNA, T. P. *et al.* Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 371, p. m4087, 2020.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R. X. **Applied logistic regression**. 3. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

ILIC, D. et al. Screening for prostate cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, n. 1, jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004720.pub3>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Rastreamento do câncer de próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. (Nota técnica). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/rastreamento-do-cancer-de-prostata>. Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Informativo Detecção Precoce**: Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/informativos/informativo-deteccao-precoce-no-2-2014-cancer-de-prostata>. Acesso em: 27 set. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Nota técnica conjunta nº 001/2015**: Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do novembro Azul. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: INCA, jul. 2015. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nota\\_tecnica\\_saude\\_do\\_homem\\_ms.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nota_tecnica_saude_do_homem_ms.pdf). Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. Ferramenta de apoio à decisão no rastreamento do câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA, 2019. (Infográfico). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/infograficos/ferramenta-de-apoio-decisao-no-rastreamento-do-cancer-de-prostata>. Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Dieta, nutrição, atividade física e câncer**: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Estimativa 2022**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2022.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER -INCA). **Diretrizes para diagnóstico e tratamento do Câncer de Próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700/2644>. Acesso em: 13 out. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Câncer de próstata**: aspectos epidemiológicos e clínicos. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 5 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Nota Técnica nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS**. 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/nota-tecnica-9-2023>. Acesso em: 27 set. 2024.

INSTITUTO VENCER O CÂNCER. **Lei dos 60 dias ainda tem gargalos que precisam ser resolvidos**. 13 jul. 2017. Disponível em: <https://vencerocancer.org.br/lei-dos-60-dias-ainda-tem-gargalos-que-precisam-ser-resolvidos/>. Acesso em: 16 mar. 2025.

ISLAMI, F. *et al.* Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 1, p. 31–54, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21440>.

KONRAD, A. Z. *et al.* Vivência do câncer e suas repercussões no envelhecimento saudável. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, p. e12802-e12802, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12802.2023>

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEITE, M. Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 29 mar. 2014. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml>. Acesso em: 28 abr. 2025.

LEITE, A. C. E.; SILVA, E. N. da; MELO, N. S. de. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: revisão. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 31-36, jan./mar. 2005.

LIMA, N. T. *et al.* **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

LIMA, M. A. N.; VILLELA, D. A. M. Demanda e ocupação de leitos do Sistema Único de Saúde para os principais tipos de câncer no Brasil, de 2018 a 2021: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 33, e20231172, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e20231172.pt.

LOEB, S. *et al.* Sobrediagnóstico e sobretratamento do câncer de próstata. **Urologia europeia**, v. 65, n. 6, p. 1046-1055, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.12.062>

LOMBARDO, M. S.; POPIM, R. C. Acesso do paciente à rede de oncologia sob a Lei dos 60 dias: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, p. 1-9, jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERIKSEN, M. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 34, n. 3, p. 276–285, 2011.

MARMOT, M. **The health gap: the challenge of an unequal world**. London: Bloomsbury, 2015.

MEDEIROS, G. C. *et al.* Fatores associados ao atraso entre o diagnóstico e o início do tratamento de câncer de mama: um estudo de coorte com 204.130 casos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, e-09979, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.979>.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A. Survival and prognostic factors of patients with clinically localized prostate cancer. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 344-352, 2010. DOI: 10.1590/s0034-89102010000200016.

MOYER, V. A. Força-tarefa de serviços preventivos dos EUA. Rastreamento de câncer de próstata: Declaração de recomendação da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA. **Annals of internal medicine**, v. 157, n. 2, p. 120-134, 2012.

NOGUEIRA-RODRIGUES, A. *et al.* Rastreio de câncer na prática clínica: recomendações para a população de risco habitual. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 17, n. 4, p. 201-210, 2019.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIVA, C. J. K. de; CESSE, E. A. P. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma unidade hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 23-30, 2015. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n1.374>

PEROTTONI, A. **Política de atenção oncológica no Brasil: uma revisão bibliográfica**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/184323>. Acesso em: 13 out. 2025.

PIRES, J. S. de M.; CARNUT, L.; MENDES, Á. Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência do pensamento econômico neoclássico. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1177>. Acesso em: 30 abr. 2025.

PONTES, M. A. *et al.* Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, 2017.

PRADO, B. B. F. do. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciência e Cultura**, v. 66, n. 1, p. 21-24, 2014.

PULIDO J. *et al.* Lei dos 60 Dias: realidade do tratamento tempestivo na análise de uma série de casos de câncer colorretal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 4, e-114145, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4145> Acesso em: 18 out. 2025.

PURCINO, F. A. C. **Identificação e análise de barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, vivenciadas por mulheres jovens, assistidas em hospital terciário de referência oncológica: estudo qualitativo na cidade de São Paulo.** 2023. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

ROMERO, F. R. *et al.* The prevalence of prostate cancer in Brazil is higher in Black men than in White men: systematic review and meta-analysis.

**International Brazilian Journal of Urology**, v. 38, n. 4, p. 440-447, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-55382012000400002>

SACRAMENTO, R. S. *et al.* Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento do câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 9, p. 3265-3274, set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.31142017>.

SANTOS, R. O. M. *Et al.* Ferramenta de apoio à decisão sobre o rastreamento do câncer de próstata no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 56, n. 19, 2022.. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003467>

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3396–3408, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33962018>.

SANTOS, J. de J. dos; OLIVEIRA, J. de J. dos. A atuação do enfermeiro frente à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 1163–1169, 2015. Disponível em: <https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/40349/1/JOSE-DE-JESUS.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

SANTUCCI, C.; GANDAGLIA, G.; LA VECCHIA, C. Epidemiologia del tumore alla prostata nello scenario europeo. In: FONDAZIONE ONDA. **Tumore alla prostata: stato dell'arte e nuove prospettive: Libro Bianco 2022.** Milano: FrancoAngeli, 2022. p. 19-25

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA. **Portaria nº 076-R, de 19 de maio de 2022.** Institui a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao Sistema Único de Saúde no Espírito Santo e dá outras providências. *Diário Oficial dos Poderes do Estado*, Vitória, ES, 27 maio 2022. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Portarias/2022/PORTARIA%20N%C2%BA%20076-R%20CONTRATUALIZA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2025.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Estatísticas de câncer, 2019. **CA: um periódico sobre câncer para clínicos**, v. 69, n. 1, p. 7-34, 2019.

SILVA, G. A. et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento do câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3395–3404, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BKdR4RrP3SzKNy9H7MX5TNh/>. Acesso em: 18 mar. 2025.

SOARES, S. C. M. *et al.* Digital rectal examination and its associated factors in the early detection of prostate cancer: a cross-sectional population-based study. **BMC Public Health, London**, v. 19, n. 1, p. 1573, 27 nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7946-z>.

SOARES, S. C. M. **Prevalência e fatores associados aos exames de detecção precoce para câncer de próstata e câncer de mama na população brasileira**. 2018. 113f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, 2018.

SOBRAL, G. S. *et al.* Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia.—**Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, e-122354, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2354>. Acesso em: 13 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Guia de atividade física para prevenção e controle do câncer**. São Paulo: SBOC, 2023. Disponível em: [https://sboc.org.br/images/Guia\\_Atividade\\_Fisica\\_07.pdf](https://sboc.org.br/images/Guia_Atividade_Fisica_07.pdf). Acesso em: 5 mar. 2025.

SOERJOMATARAM, I.; BRAY, F. Planejando o amanhã: incidência global de câncer e o papel da prevenção 2020-2070. **Nature reviews Clinical oncology**, v. 18, n. 10, p. 663-672, 2021.

SOUZA, A. B. C. et al. **High incidence of prostate cancer metastasis in Afro-Brazilian men with low educational levels: a retrospective observational study**. BMC Public Health, v. 13, p. 537, 2013. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-537>

SOUZA, L. M.; OLIVEIRA, C. R. Barreiras no acesso ao tratamento oncológico no SUS: desafios na implementação da Lei dos 60 Dias. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1-12, 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, L. A.; ARAÚJO NETO, L. A. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. 756–768, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>.

TEMPORÃO, J. G. et al. Desafios atuais e futuros do uso da medicina de precisão no acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, v. 38, n. 10, e00006122, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT006122>.

TOURINHO-BARBOSA, R.; POMPEO, A. C. L.; GLINA, S. Câncer de próstata no Brasil e na América Latina: epidemiologia e rastreamento. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 42, n. 6, p. 1084–1091, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ibju/a/y4VcPZCbvpDVrmZrVQQxPgh/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

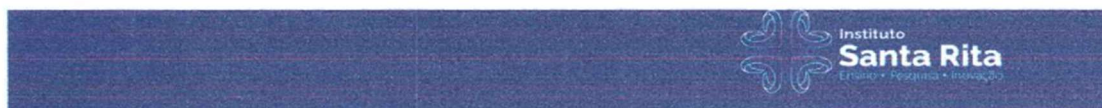
TRINDADE, E. A. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. S413–S423, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500002>.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). **World cancer report: cancer research for cancer prevention**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 5 de março de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Geneva: WHO, 2008.

## ANEXOS

### ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA



#### CARTA DE ANUÊNCIA

De: Graziella Almeida Salazar Veloso

Para: Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Rita

Prezados,

Eu, Graziella Almeida Salazar Veloso venho por meio desta solicitar autorização institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado: O IMPACTO DA LEI DOS 60 DIAS NA GESTÃO HOSPITALAR: DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO CUMPRIMENTO DA LEI PARA PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Analisar o cumprimento da lei dos 60 dias, considerando os desafios e oportunidades enfrentados pelo CACON (centro de alta complexidade em oncologia), no que tange os recursos utilizados, no seguimento terapêutico dos pacientes com câncer de próstata, e com a seguinte metodologia: Será realizado um estudo transversal de abordagem quantitativa no qual analisará prontuários dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período de 2015 a 2023, avaliando o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de guarda de prontuários (SAME), dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), dados do sistema informatizado da instituição, (sistema MV) e acesso aos setores do hospital.

Ressalto que esta pesquisa NÃO ACARRETERÁ ÔNUS PARA O HOSPITAL.

Todo o processo de coleta de dados será conduzido de maneira ética e em conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis sendo executada durante o prazo autorizado previamente.

As informações obtidas serão tratadas com a mais alta confiabilidade e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, prezando sempre pela preservação da privacidade dos pacientes e colaboradores envolvidos.

Desde já, agradeço a atenção e cooperação da instituição para a realização deste estudo. Estou à disposição para fornecer quaisquer esclarecimentos adicionais ou documentos necessários para a devida avaliação e aprovação do projeto.

Atenciosamente,



Graziella Almeida Salazar Veloso

Contato

E-mail: [graziella.veloso@santarita.org.br](mailto:graziella.veloso@santarita.org.br)

Telefone: 27 99299-3674.

(Para uso do Instituto Santa Rita)

( x ) Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados na pesquisa intitulada O Impacto da lei dos 60 dias, na gestão hospitalar, nos pacientes em tratamento do câncer de próstata, conforme apresentado no projeto escrito. Também confirmo que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento desta pesquisa.

Concordo em fornecer os subsídios para o desenvolvimento do projeto desde que seja assegurado os seguintes pontos:

1. O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
3. A confirmação de que não haverá nenhuma despesa para esta instituição decorrente da participação nesta pesquisa;
4. A liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma, caso algum dos itens acima não seja cumprido.

O referido projeto será realizado no RHC (registro hospitalar de câncer), e sua execução ocorrerá somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Informo ainda, que para o início do projeto o Instituto de Ensino e Pesquisa deve ser informado sobre aprovação do CEP, mediante o envio de uma cópia do parecer para o e-mail: [instituto.pesquisa@santarita.org.br](mailto:instituto.pesquisa@santarita.org.br).

Considerações:

---



---

Vitória, 23 de abril de 2024.

  
 Dra Grizella Januario de Andrade  
 Diretora Técnica do Hospital Santa Rita

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O IMPACTO DA LEI DOS 60 DIAS NA GESTÃO HOSPITALAR: DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO CUMPRIMENTO DA LEI PARA PACIENTES COM CANCER DE PRÓSTATA

**Pesquisador:** FABIANA ROSA NEVES SMIDERLE

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 83493524.8.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.247.740

#### Apresentação do Projeto:

Estudo tem por objetivo avaliar o impacto da Lei dos 60 Dias na gestão hospitalar e na qualidade do atendimento a pacientes com câncer de próstata em um hospital filantrópico na região metropolitana do Espírito Santo. Especificamente, o estudo busca identificar os principais desafios e barreiras que dificultam o cumprimento da lei, como o diagnóstico tardio e a chegada de pacientes em estágios avançados da doença. Além disso,

pretende-se analisar como esses fatores influenciam os recursos hospitalares e os desfechos clínicos. No qual analisará prontuários dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período de 2011 a 2023, avaliando o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar o cumprimento da lei dos 60 dias, considerando os desafios enfrentados pelo CACON (centro de alta complexidade em oncologia), no que

tange os recursos utilizados, no seguimento terapêutico dos pacientes com câncer de próstata.

**Objetivo Secundário:**

Identificar o perfil dos pacientes que utilizam o serviço do CACON;

Identificar os principais desafios enfrentados pelo sistema de saúde no diagnóstico e

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 7.247.740

tratamento do câncer de próstata, em conformidade com a lei dos 60 dias;

Avaliar os tempos de espera desde o diagnóstico até o início do tratamento, considerando o fluxo de atendimento do paciente com câncer de

próstata;

Investigar os impactos econômicos dos atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, incluindo custos adicionais para o sistema de

saúde;

Descrever os desfechos clínicos dos pacientes com câncer de próstata

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pelo tipo de metodologia não gerar qualquer intervenção, poderá apresentar riscos relacionados à divulgação

de dados confidenciais, anonimato, discriminação a partir do conteúdo revelado. Frente a isso, o autor se compromete a observar as prerrogativas

vinculadas a resolução 466/12 e 510/16 a qual será mantida a confidencialidade dos participantes. Dessa forma, não foram identificados riscos

adicionais aos participantes do estudo.

Benefícios:

No que se refere aos benefícios, com os resultados deste estudo pretende-se adicionar dados na literatura global sobre o tema referido. Possibilitar

a implementação de políticas públicas na saúde do homem e principalmente avaliação da Política dos 60 dias no que tange às suas prerrogativas e

garantia de acesso aos serviços de saúde para tratamento oncológico.

Acredita-se que o estudo poderá ser benéfico para as instituições no que se refere a entender melhor todo o processo que envolve o diagnóstico,

tratamento e desfecho clínico do paciente com câncer de próstata e, ainda, como alocar, com segurança, os recursos a serem utilizados nesse

processo.

Será assegurado a confidencialidade, anonimato e a privacidade dos participantes, garantia da não utilização de informações em prejuízo dos participantes.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Lúzia **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 7.247.740

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa sendo reapresentada para alterar as solicitações de pendências quanto a justificativa dispensa do TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE- a justificativa .

Sugestão de justificativa " Solicito a dispensa de TCLE do presente projeto que tem por objetivo realizar uma análise documental dos prontuários de pacientes do sexo masculino diagnosticados e tratados para câncer de próstata no Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória, ES, no período de 2011 a 2023. Considerando que a pesquisa se baseia em dados registrados nos prontuários médicos, a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se torna inviável pois, os participantes da pesquisa não tem mais contato com a instituição. Isso dificulta a assinatura de consentimento diretamente dos participantes, pois o vínculo entre eles e o hospital foi perdido

ao longo do tempo. Além disso, o número elevado de participantes de pesquisa torna a logística de acesso a eles muito difícil e impraticável. Muitos dos prontuários estão com dados de contato dos participantes desatualizados, dificultando o contato . Essa logística para rastrear, contatar e obter consentimento de cada paciente inviabiliza o

estudo, caso apenas uma parte dos prontuários fosse considerada. Tendo em consideração os impedimentos acima solicito dispensa do TCLE.

**Recomendações:**

Caro pesquisador, o comitê de ética não analisa pesquisa já realizada e na construção da justificativa o pesquisador deixa claro que a coleta de dados já foi realizada, se já foi realizada, o CEP está impedido de fazer a análise ética ( veja o que está escrito. " Considerando que a pesquisa se baseia exclusivamente em dados já coletados e registrados nos prontuários médicos, a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

se mostra dispensável pelos seguintes motivos.( oriento a manter cuidado na colocação dos tempos verbais e informações que indiquem dados coletados).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto pendente por decisão do CEP.

Adequar segundo as "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".Atualizar

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 7.247.740

cronograma conforme calendário de reuniões do CEP.

Caso o projeto seja postado corretamente até o dia 10/12/21, ele será avaliado na reunião do dia 27/07/21. O prazo máximo para apresentação das adequações em projetos com pendências é de 30 dias a contar da data de emissão do presente parecer, após o que o projeto será "retirado", de acordo com a Norma Operacional CONEP/MS 001/2013.

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                   | Arquivo                                           | Postagem               | Autor                          | Situação |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                   | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_2420564.pdf | 14/11/2024<br>16:29:01 |                                | Aceito   |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador  | Projeto.docx                                      | 14/11/2024<br>16:27:31 | FABIANA ROSA<br>NEVES SMIDERLE | Aceito   |
| Cronograma                                       | cronograma.docx                                   | 05/11/2024<br>14:34:34 | FABIANA ROSA<br>NEVES SMIDERLE | Aceito   |
| Orçamento                                        | orcamento.docx                                    | 05/11/2024<br>14:33:32 | FABIANA ROSA<br>NEVES SMIDERLE | Aceito   |
| Declaração de<br>Instituição e<br>Infraestrutura | anuencia.pdf                                      | 05/11/2024<br>14:24:54 | FABIANA ROSA<br>NEVES SMIDERLE | Aceito   |
| Folha de Rosto                                   | Folhaderosto.pdf                                  | 20/09/2024<br>09:38:14 | FABIANA ROSA<br>NEVES SMIDERLE | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Lúzia **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 7.247.740

VITÓRIA, 26 de Novembro de 2024

---

Assinado por:  
rubens José loureiro  
(Coordenador(a))

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br