

Barreiras de acesso e mistanásia no cuidado oncológico: limites da efetividade do direito à saúde*

*Barreras de acceso y mistanásia en la atención del cáncer:
límites a la efectividad del derecho a la salud*

*Access barriers and mistanásia in cancer care:
limits to the effectiveness of the right to health*

*Barriere all'accesso e mistanásia nella cura del cancro:
limiti all'efficacia del diritto alla salute*

Andrea Sander¹

Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

Juliana dos Santos Tavares²

Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

Marcelo Lamy³

Pós-Doutor, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

* Esse trabalho foi apresentado originalmente no VII Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2025 na Universidade Santa Cecília (Unisantia). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

- 1 Médica Oncologista e Paliativista. Especialista em Oncologia Clínica e em Cuidados Paliativos. Mestranda em Direito da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTIA). CV: <http://lattes.cnpq.br/0348851860271263>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1898-9411>. E-mail: deasander@gmail.com.
- 2 Médica Oncologista e Paliativista. Especialista em Oncologia Clínica e em Cuidados Paliativos. Mestranda em Direito da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTIA). CV: <http://lattes.cnpq.br/2508751009402814>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5956-5449>. E-mail: julianag6@gmail.com.
- 3 Advogado. Bacharel em Ciências Jurídicas (UFPR) Mestre em Direito Administrativo (USP). Doutor em Direito Constitucional (PUC-SP). Pós – Doutor em Políticas Públicas em Saúde (FIOCRUZ Brasília). Pós Doutor em Direitos Fundamentais e Acesso à justiça (UFBA). Professor permanente e Vice Coordenador do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado em Direito (UNISANTIA). Professor da Master of Science in Legal Studies, Emphasis in International Law (Must University). Professor do curso de Direito e no curso de relações internacionais (UNISANTIA). Líder do grupo de pesquisa CNPq/UNISANTIA” Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica em Saúde” Diretor Geral do observatório dos Direitos do Migrante (UNISANTIA). Coordenador do laboratório de Políticas Públicas (UNISANTIA). Professor da Faculdade de Direito (ESAMC-Santos). CV: <http://lattes.cnpq.br/9347562683746206>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8519-2280> E-mail: marcelolamy@unisantia.br

RESUMO: Contextualização – O câncer se consolidou como uma das principais causas de morte no Brasil, em um contexto de transição demográfica e epidemiológica marcado pelo envelhecimento populacional e pela predominância das doenças crônicas não transmissíveis. Problema – Apesar da existência de um arcabouço normativo robusto, a literatura evidencia que persistem barreiras estruturais, logísticas e organizacionais que comprometem o acesso em tempo adequado ao tratamento oncológico, contribuindo para atrasos assistenciais e piores desfechos clínicos. Objetivos – Analisar de que forma as barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS) contribuem para a ocorrência de mortes evitáveis (mistanásia), comprometendo a efetividade das garantias legais do direito à saúde no Brasil. Métodos – Revisão narrativa de literatura, com abordagem analítica, realizada em bases nacionais e internacionais a partir de 2012. Os achados foram organizados em três eixos temáticos: marcos legais e organizacionais; barreiras de acesso e inequidades; e implicações da inefetividade do acesso para a ocorrência de mistanásia. Resultados – A persistência de barreiras no cuidado oncológico transforma mortes potencialmente evitáveis em expressões de negligência institucional e omissão social. Conclusões – O enfrentamento dessas barreiras é condição indispensável para prevenir a mistanásia e assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde no contexto oncológico.

Palavras-chave: Câncer. Acesso a Serviços de Saúde. Mistanásia. SUS. Direito à Saúde.

RESUMEN: Contextualización – El cáncer se ha consolidado como una de las principales causas de muerte en Brasil, en un contexto de transición demográfica y epidemiológica marcado por el envejecimiento poblacional y la predominancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Problema – A pesar de un marco normativo sólido, la literatura evidencia que persisten barreras estructurales, logísticas y organizacionales que comprometen el acceso oportuno al tratamiento oncológico, contribuyendo a retrasos asistenciales y peores desenlaces clínicos. Objetivos – Analizar de qué manera las barreras de acceso al diagnóstico y al tratamiento oncológico en el Sistema Único de Salud (SUS) contribuyen a la ocurrencia de muertes evitables (mistanasia), comprometiendo la efectividad de las garantías legales del derecho a la salud en Brasil. Métodos – Revisión narrativa de la literatura con enfoque analítico, realizada en bases nacionales e internacionales a partir de 2012. Los hallazgos fueron organizados en tres ejes temáticos: marcos legales y organizacionales; barreras de acceso e inequidades; e implicaciones de la ineffectividad del acceso para la ocurrencia de mistanasia. Resultados – La persistencia de barreras en la atención oncológica transforma muertes potencialmente evitables en expresiones de negligencia institucional y omisión social. Conclusiones – Enfrentar dichas barreras es condición indispensable para prevenir la mistanasia y garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud en el contexto oncológico.

Palabras clave: Cáncer. Acceso a los Servicios de Salud. Mistanasia. SUS. Derecho a la Salud.

ABSTRACT: Context – Cancer has become one of the leading causes of death in Brazil, in a context of demographic and epidemiological transition marked by population aging and the predominance of chronic noncommunicable diseases. Problem – Despite a robust normative framework, the literature shows that structural, logistical, and organizational barriers persist, compromising timely access to oncological treatment and leading to care delays and worse clinical outcomes. Objectives – To analyze how barriers to diagnosis and oncological treatment within Brazil's Unified Health System (SUS) contribute to the occurrence of preventable deaths (mistanasia), undermining the effectiveness of legal guarantees of the right to health. Methods – Narrative literature review with an analytical approach, conducted in national and international databases since 2012. The findings were organized into three thematic axes: legal and organizational frameworks; access barriers and inequities; and implications of ineffective access for the occurrence of mistanasia. Results – The persistence of barriers in oncological care turns potentially preventable deaths into expressions of institutional negligence and social omission. Conclusions – Addressing such barriers is essential to prevent mistanasia and ensure the effectiveness of the fundamental right to health in the oncological context.

Keywords: Cancer. Access to Health Services. Mistanasia. SUS. Right to Health.

SOMMARIO: Contestualizzazione – Il cancro si è consolidato come una delle principali cause di morte in Brasile, in un contesto di transizione demografica ed epidemiologica caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dalla predominanza delle malattie croniche non trasmissibili. Problema – Nonostante un quadro normativo solido, la letteratura evidenzia che persistono barriere strutturali, logistiche e organizzative che compromettono l'accesso tempestivo al trattamento oncologico, contribuendo a ritardi assistenziali e a peggiori esiti clinici. Obiettivi – Analizzare in che modo le barriere di accesso alla diagnosi e al trattamento oncologico nel Sistema Sanitario Unificato (SUS) contribuiscano al verificarsi di morti evitabili (mistanasia), compromettendo l'efficacia delle garanzie legali del diritto alla salute in Brasile. Metodi –

Revisione narrativa della letteratura con approccio analitico, realizzata in banche dati nazionali e internazionali a partire dal 2012. I risultati sono stati organizzati in tre assi tematici: quadri legali e organizzativi; barriere di accesso e disuguaglianze; e implicazioni dell'inefficienza dell'accesso per il verificarsi della mistanasia. Risultati – La persistenza di barriere nell'assistenza oncologica trasforma morti potenzialmente evitabili in espressioni di negligenza istituzionale e di omissione sociale. Conclusioni – Affrontare tali barriere è condizione indispensabile per prevenire la mistanasia e garantire l'effettività del diritto fondamentale alla salute nel contesto oncologico.

Parole chiave: Cancro. Accesso ai Servizi Sanitari. Mistanasia. SUS. Diritto alla Salute.

Introdução

Desde o século XIX, com o avanço da industrialização, as melhorias sanitárias e o acesso a tratamentos como antibióticos e vacinas, observa-se transição demográfica e epidemiológica: redução das doenças infectocontagiosas, envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, como cardiovasculares e neoplasias. Esse fenômeno eleva a demanda por cuidado de alta complexidade e impõe novos desafios aos sistemas de saúde, sobretudo em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos.

A Declaração de Alma-Ata (1978) reconhece a saúde como direito fundamental, reforça a participação individual e coletiva no planejamento e na execução do cuidado, e atribui aos governos a responsabilidade por medidas sanitárias e sociais adequadas para a promoção da saúde. A Atenção Primária à Saúde deve ser a estratégia central e sustentável, como primeiro contato com o sistema, com uso racional de recursos e prioridade para ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 2013, a Comissão de Oncologia da *Lancet* concluiu que, embora a América Latina apresente menor incidência global de câncer do que Europa e Estados Unidos, registra maiores taxas de mortalidade, associadas a diagnóstico em estágios avançados e dificuldades de acesso ao tratamento, diante de obstáculos na oferta de serviços oncológicos — infraestrutura fragmentada, cobertura limitada, financiamento e recursos inadequados (Goss, 2013).

O Brasil estruturou um arcabouço normativo voltado ao controle do câncer. A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) foi instituída pela Portaria nº 874/2013 e posteriormente pela Lei nº 14.758/2023, que define diretrizes para toda a linha de cuidado oncológico. Complementarmente, a Lei nº 12.732/2012 garante o início do tratamento oncológico (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) em até 60 dias após o diagnóstico, e a Lei nº 13.896/2019 estabelece a realização dos exames diagnósticos necessários em até 30 dias após a indicação médica.

O INCA estimou 704 mil casos novos de câncer por ano no Brasil durante o triênio 2023–2025, com 70% concentrados nas regiões Sul e Sudeste (INCA, 2022). No plano global, projeções do Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) indicam que, até 2050, poderão ocorrer mais de 35 milhões de novos casos anuais, com aumento proporcionalmente maior em países de médio IDH, como o Brasil (IARC, 2024). No estado de São Paulo, boletins da Fundação Oncocentro (FOSP) evidenciam diagnóstico ainda frequente em estágios III e IV, com destaque para a Baixada Santista (FOSP, 2024).

Diante da ascensão da incidência e da incorporação de tecnologias e medicamentos de alto custo, o financiamento representa um desafio adicional ao SUS. Persistem obstáculos que dificultam o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento oncológico, comprometendo a efetividade das garantias legais. O diagnóstico tardio e o atraso para o início do tratamento expõem pessoas à mistanásia — morte infeliz, precoce e evitável — resultante de negligência social e institucional, quando não há acesso oportuno a cuidados de saúde.

Objetivo geral: Analisar de que forma as barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento oncológico no SUS contribuem para a ocorrência de mistanásia, comprometendo a efetividade das garantias legais do direito à saúde no Brasil.

Objetivos específicos: (1) Identificar os principais dispositivos legais e políticas públicas que regulamentam prazos de acesso e início de tratamento oncológico no SUS; (2) examinar evidências sobre os obstáculos estruturais e organizacionais que dificultam o acesso; e (3) discutir as implicações éticas, sociais e jurídicas da ocorrência de mistanásia.

Metodologia

Este estudo adota um delineamento de revisão narrativa de literatura, com abordagem analítica e crítica, voltada à identificação e discussão das barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS) e suas implicações para a ocorrência de mortes evitáveis (mistanásia) e para a efetividade do direito à saúde.

A busca bibliográfica foi realizada entre março e agosto de 2025, em bases nacionais e internacionais de acesso público, incluindo PubMed, SciELO, LILACS e Google Scholar, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e de legislações federais pertinentes. Também foram consultados relatórios técnicos e documentos de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC).

Foram utilizados descritores em português, inglês e espanhol, combinados por operadores booleanos, tais como: *câncer, oncologia, acesso aos serviços de saúde, inequidades em saúde, Sistema Único de Saúde, mistanásia, direito à saúde, health services accessibility, health equity, cancer control policies e avoidable mortality*.

Foram incluídos artigos originais, revisões, diretrizes, relatórios técnicos e documentos normativos publicados a partir de 2012, ano em que foi sancionada a Lei nº 12.732/2012, considerada marco jurídico para o início do tratamento oncológico no Brasil. Foram excluídos estudos exclusivamente clínicos ou voltados à eficácia de terapias específicas, por não contribuírem à análise das barreiras de acesso no âmbito coletivo.

Os dados extraídos foram organizados de forma descritiva e analisados segundo a técnica de análise temática, agrupando-se as informações em três eixos: (i) marcos legais e organizacionais do cuidado oncológico; (ii) barreiras de acesso e iniquidades; e (iii) implicações da inefetividade do acesso para a ocorrência de mistanásia.

A interpretação dos achados foi conduzida de modo crítico-reflexivo, utilizando como categorias analíticas centrais os princípios constitucionais do SUS — universalidade, integralidade e equidade —, a literatura bioética sobre mistanásia e os fundamentos jurídicos do direito à saúde.

Reconhece-se, por fim, que, como toda revisão narrativa, este estudo possui limitações: não quantifica a magnitude das associações nem permite inferência causal entre barreiras e desfechos clínicos. Sua força reside na capacidade integrativa, ao oferecer uma visão abrangente e interdisciplinar do problema, essencial para subsidiar debates acadêmicos e a formulação de políticas públicas.

Referencial Teórico

A discussão sobre os limites do cuidado no fim da vida ganhou relevância no Brasil a partir das contribuições de Márcio Fabri dos Anjos e Léo Pessini, expoentes da bioética latino-americana. Ambos, sob perspectivas distintas, buscaram nomear e problematizar formas de morrer que expressam violações éticas e sociais, indo além do reducionismo biomédico para evidenciar dimensões humanas, jurídicas e políticas.

Em 1989, Márcio Fabri dos Anjos cunhou o termo “mistanásia” para designar a morte infeliz, precoce e evitável, resultante da omissão social e da negligência institucional. Trata-se de um neologismo derivado do grego *mys* (infeliz) e *thanatos* (morte), formulado em contraposição à expressão “eutanásia social”. Para o autor, não há nada de “bom” (*eu*) nesse processo: é uma morte injusta, fruto de barreiras de acesso, pobreza estrutural e desigualdade.

A categoria da mistanásia desloca o debate da esfera clínica para o campo da justiça social. Diferentemente da eutanásia e da ortotanásia, que se referem às escolhas diante da terminalidade, a mistanásia denuncia situações em que pessoas morrem antes do tempo por ausência de cuidados básicos a que teriam direito. Assim, conecta bioética e direito sanitário, expondo a responsabilidade institucional pela omissão diante da vulnerabilidade.

Léo Pessini, por sua vez, desenvolveu extensa reflexão sobre as práticas médicas no final da vida, cunhando no Brasil os conceitos de distanásia e ortotanásia. A distanásia corresponde à morte prolongada e acompanhada de sofrimento desnecessário, resultante de intervenções terapêuticas fúteis ou desproporcionais. A ortotanásia propõe o respeito ao “tempo certo de morrer”, privilegiando os cuidados paliativos e a dignidade humana em detrimento da obstinação terapêutica.

Enquanto Márcio Fabri dos Anjos focaliza a omissão que antecipa a morte (mistanásia), Pessini ilumina a obstinação que prolonga o morrer (distanásia). Ambos convergem na crítica à violação da dignidade humana em contextos em que a medicina ou o Estado deixam de proteger a vida em seu sentido pleno. Essa articulação revela que as injustiças no morrer podem ocorrer tanto por excesso quanto por falta de cuidado.

Do ponto de vista bioético, a integração desses conceitos oferece um mapa das patologias do morrer: a mistanásia denuncia a morte infeliz causada por negligência social; a distanásia aponta para o prolongamento artificial e sofrido; e a ortotanásia propõe uma resposta ética e digna, baseada em cuidados paliativos e respeito à autonomia do paciente.

No campo jurídico, essas categorias dialogam diretamente com o art. 196 da Constituição Federal de 1988, que impõe ao Estado o dever de garantir acesso universal e igualitário às ações de saúde. A mistanásia configura, portanto, violação constitucional por omissão, enquanto a distanásia pode representar ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana e à proporcionalidade terapêutica. Já a ortotanásia encontra respaldo nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e em decisões judiciais que reconhecem o direito a não ser submetido a tratamentos fúteis.

Em oncologia, esse referencial teórico assume importância singular. De um lado, pacientes em regiões vulneráveis enfrentam atrasos diagnósticos e barreiras de acesso que os expõem à mistanásia; de outro, pacientes em fase terminal podem ser submetidos a terapias agressivas e sem benefício real, configurando distanásia. Em ambos os casos, há violação do direito à saúde, seja pela ausência, seja pelo excesso de intervenções.

Assim, ao conectar a mistanásia de Márcio Fabri dos Anjos com a distanásia e a ortotanásia de Léo Pessini, compreende-se que o direito à saúde oncológica só será efetivo quando as políticas públicas forem capazes de prevenir mortes evitáveis por omissão e, simultaneamente, promover uma cultura de cuidado que respeite os limites da medicina e assegure a dignidade no processo de morrer.

Resultados

1 Direito à Saúde e Mistanásia

O direito à saúde, consagrado pela Constituição Federal de 1988 como direito fundamental e dever do Estado, deve ser garantido por meio de políticas públicas e econômicas que assegurem a redução do risco de doenças e o acesso universal e igualitário aos serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde. No entanto, a distância entre o direito formal e o acesso real ainda representa um desafio concreto.

A universalidade, a integralidade e a equidade são pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). A equidade busca oferecer mais a quem mais precisa, corrigindo desigualdades sociais no acesso aos serviços. As iniquidades nos cuidados oncológicos, contudo, demonstram que o sistema ainda falha em priorizar populações em maior vulnerabilidade social e sanitária. O princípio da universalidade garante o acesso a todos os serviços de saúde, enquanto o princípio da integralidade assegura o atendimento em todas as etapas do cuidado, da prevenção e promoção da saúde à reabilitação.

O termo mistanásia, criado pelo bioeticista Márcio Fabri dos Anjos (1989), designa a morte infeliz, precoce e evitável decorrente da negligência social e institucional. Trata-se de violação do direito à saúde e da dignidade humana, associada às desigualdades e às falhas do Estado em garantir cuidado oportuno (Ferreira, 2019).

Do ponto de vista jurídico, não há previsão legal específica que mencione o termo, mas a prática é incompatível com os preceitos constitucionais. O art. 196 da Constituição Federal estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Assim, a ocorrência de mistanásia representa descumprimento desse artigo, ao violar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, evidenciando a omissão estatal frente ao dever constitucional.

Segundo Mendonça (2023), a mistanásia, sob o ponto de vista jurídico, não significa matar no sentido literal de homicídio, mas matar lentamente pela negligência, pela falta de recursos e por fatores socioeconômicos que impedem o bem viver.

O acesso constitui conceito central para compreender a efetividade do direito à saúde e deve ser analisado em múltiplas dimensões: disponibilidade de serviços, acessibilidade geográfica, capacidade financeira e qualidade do cuidado ofertado. A dificuldade de acesso pode retardar o diagnóstico e, conseqüentemente, o início do tratamento.

No contexto oncológico, o atraso no acesso aos serviços especializados acarreta diagnósticos em estágios mais avançados, aumento da complexidade do cuidado, pior prognóstico e elevação da mortalidade. Nessas situações, a morte passa a ser também consequência da omissão do Estado.

2 Normas e Políticas de Saúde

Em 1990, a Lei nº 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, e regulamentando as ações e serviços de saúde. Seus princípios doutrinários são a universalidade, que garante o acesso aos serviços sem distinção; a equidade, que preconiza atendimento diferenciado segundo as desigualdades sociais; e a integralidade, que assegura o cuidado desde a prevenção até a reabilitação (Brasil, 1990).

Com a transição demográfica, o envelhecimento populacional e o aumento da incidência de doenças crônicas, tornou-se necessária a regulamentação de uma assistência adequada aos pacientes oncológicos. Nesse contexto, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, determinou que o primeiro tratamento do paciente com câncer deve ser iniciado em até 60 dias a partir da data do diagnóstico (Brasil, 2012).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, estabelecendo diretrizes técnicas e organizacionais voltadas à prevenção e ao controle da doença. A portaria reconhece o câncer como doença crônica prevenível e orienta a formação de redes centralizadas e descentralizadas, com vigilância, monitoramento, cuidado integral e incorporação de novas tecnologias (Brasil, 2013).

Buscando reduzir o intervalo entre a suspeita clínica e a confirmação diagnóstica, foi sancionada a Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019, que alterou a legislação anterior para garantir que os exames diagnósticos relacionados à suspeita de neoplasia maligna sejam realizados no prazo máximo de 30 dias, mediante solicitação fundamentada da equipe médica (Brasil, 2019).

A Lei nº 14.238/2021, que instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer, reforçou o acesso universal e equânime ao tratamento adequado e ao diagnóstico precoce, estimulando a prevenção e determinando transparência nas informações, prazos e fluxos assistenciais (Brasil, 2021).

Posteriormente, a Lei nº 14.758/2023 instituiu a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS e criou o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. A norma ampliou as diretrizes da Portaria nº 874/2013, tornando obrigatória a manutenção de bancos de dados e a transparência nas filas de espera, e implementando a busca ativa e o acompanhamento individualizado dos pacientes, com o objetivo de reduzir o tempo entre a suspeita diagnóstica e o início do tratamento (Brasil, 2023).

As Portarias GM/MS nº 6.590 e nº 6.591, de fevereiro de 2025, aperfeiçoaram a implementação dessa política. A primeira regulamentou a integração do atendimento oncológico às Redes de Atenção à Saúde (RAS), fortalecendo a articulação entre os níveis federal, estadual e municipal e a integração dos sistemas de informação. A segunda instituiu formalmente o Programa de Navegação da Pessoa com Câncer, definindo responsabilidades dos gestores e criando comitês de governança para monitorar, acompanhar e avaliar os processos assistenciais incluindo a busca ativa desde a suspeita diagnóstica, propondo soluções para seu aprimoramento (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b).

A navegação da pessoa com suspeita ou diagnóstico de câncer tem por finalidade reduzir a morbimortalidade por meio do diagnóstico precoce, articulando os diferentes serviços, níveis de atenção e esferas de gestão. Visa coordenar o cuidado, aprimorar a formação das equipes de saúde e identificar fatores que possam atrasar o diagnóstico ou o início do tratamento, em conformidade com os prazos fixados pela Lei nº 12.732/2012.

Em síntese, o Brasil dispõe de uma base normativa consolidada na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), pautada em equidade, acesso em tempo adequado, regulação, monitoramento, educação permanente e uso de ciência e tecnologia. Esses instrumentos buscam garantir os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, embora o aumento da demanda oncológica continue a pressionar a capacidade de resposta do SUS.

3 Estimativas de Câncer e Acesso

O câncer é a segunda causa de morte no Brasil (DATASUS, 2025). A transição demográfica e epidemiológica tem modificado o perfil de morbimortalidade, tornando-o uma doença crônica que exige abordagem integrada, contínua e de alta complexidade.

O GLOBOCAN, base observacional global sobre câncer, apresenta estimativas atualizadas da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC). Segundo suas projeções, o número de novos casos de câncer deve atingir 35 milhões até 2050, representando um aumento de 77% em relação a 2022. O relatório enfatiza a necessidade de programas preventivos e o fortalecimento de medidas globais voltadas ao controle do câncer, como cessação do tabagismo, controle do sobrepeso e da obesidade e redução de infecções relacionadas (BRAY, 2024). Com o crescimento da incidência e da mortalidade, o câncer se consolida como um dos principais problemas de saúde pública mundial.

Os países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentam redução das taxas de incidência e mortalidade, reflexo de políticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Já os países de médio e baixo IDH mantêm taxas em ascensão ou estáveis e enfrentam o desafio de aprimorar o controle da doença (Bray, 2024).

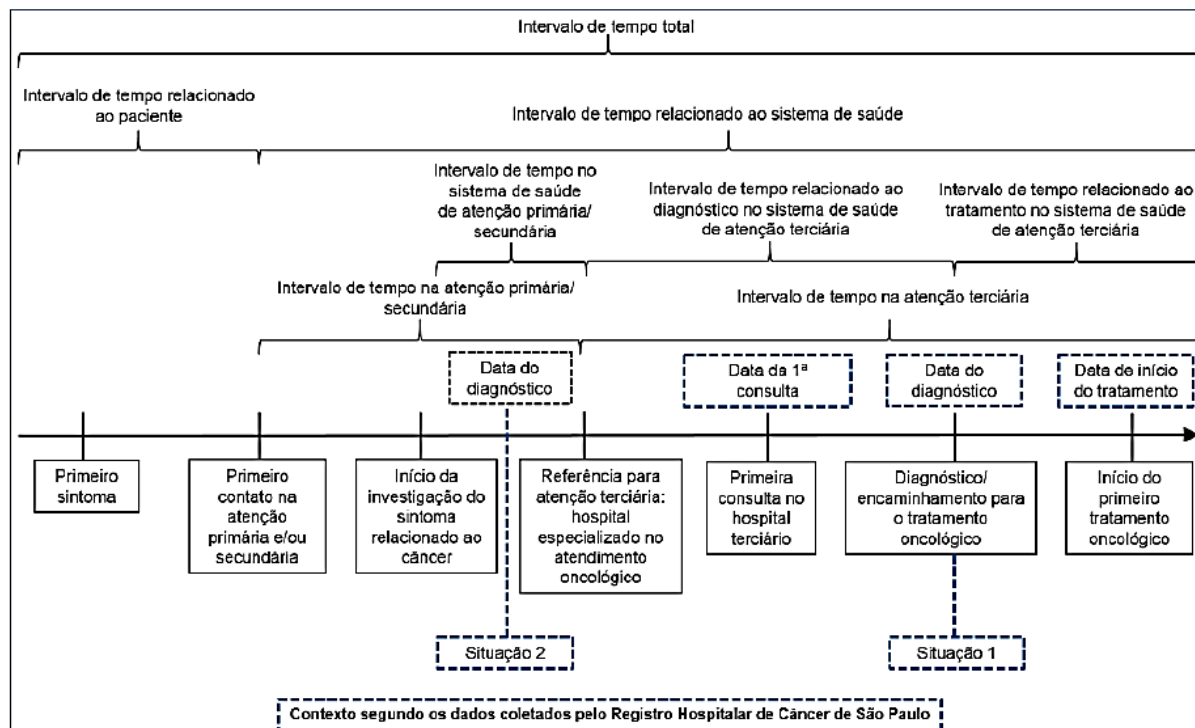
No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) publica periodicamente estimativas baseadas em registros de câncer e dados de mortalidade de todo o território nacional. Essas estimativas subsidiam o planejamento de ações de controle e a avaliação das desigualdades regionais. Em sua última publicação, o INCA estimou 704 mil casos novos de câncer por ano no triênio 2023–2025, sendo 70% concentrados nas regiões Sul e Sudeste (INCA, 2022).

O 12º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC, 2025) apresentou levantamento indicando que pacientes com suspeita de câncer aguardam, em média, 50 dias para diagnóstico e 75 dias para início do tratamento. Nas regiões Norte e Nordeste, o tempo de espera pode alcançar 150 dias, revelando marca das desigualdades regionais (TJCC, 2025).

A Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) é responsável pela coordenação e manutenção do Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo (RHC/SP). Esses dados permitem conhecer a demanda e avaliar a assistência prestada. O intervalo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento varia conforme o ponto de entrada do paciente: quando o diagnóstico é realizado diretamente na atenção especializada, o tempo médio é de 15 dias; quando o paciente chega à atenção terciária com diagnóstico prévio feito na atenção básica ou secundária, o início do tratamento pode demorar até 82 dias (FOSP, 2025).

O tempo de espera para o início do tratamento deve ser considerado desde a percepção dos primeiros sintomas até o início efetivo da terapêutica. Esse intervalo pode ser dividido em duas dimensões: (i) o período entre o surgimento dos sintomas e a procura pela atenção primária; (ii) o período entre o primeiro atendimento na atenção primária e o início do tratamento na atenção terciária.

Figura 1: Subdivisão intervalo de tempo



Fonte: Figura adaptada de Hansen et al. BMC Health Service Research 2011- publicada RHC análise de dados janeiro 2000 até dezembro 2024.

Em 2019, observou-se um tempo mediano de 99 dias para o início do tratamento oncológico, reflexo da sobrecarga da atenção terciária e da dificuldade de navegação dos pacientes pelo sistema de saúde (FOSP, 2025). Dados de incidência e mortalidade de alta qualidade ainda são escassos em vários estados e unidades oncológicas, e frequentemente se referem apenas ao tempo de espera no atendimento terciário. No Boletim Epidemiológico do Estado de São Paulo, a Baixada Santista continua apresentando diagnósticos em estágios mais avançados (FOSP, 2025).

O estadiamento clínico no momento do diagnóstico é decisivo para o plano terapêutico e constitui fator prognóstico relevante. Quanto maior o tamanho do tumor, sua invasão local e disseminação metastática, menor é a sobrevida dos pacientes. Muitos chegam ao serviço especializado com doença avançada e, em diversos casos, sem possibilidade de tratamento específico, o que acarreta sofrimento e morte prematura, configurando situações de mistanásia.

A análise da literatura e dos documentos oficiais demonstra que, embora o país possua um marco normativo sólido que estabelece prazos para diagnóstico e início de tratamento oncológico no SUS, persistem barreiras de acesso. Entre os principais obstáculos estão: a fragmentação da rede

assistencial, a insuficiência de infraestrutura, a concentração de serviços especializados em grandes centros, as falhas de comunicação e a falta de coordenação entre os níveis de atenção.

Essas barreiras resultam em atrasos significativos no início do tratamento, frequentemente ultrapassando os prazos legais (CUNHA, 2024; FOSP, 2025). Na ausência de estratégias consistentes de regionalização, regulação eficiente e financiamento adequado, mantém-se um quadro de desigualdades estruturais, no qual o local de residência e a condição socioeconômica determinam as chances de diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Nesse contexto, os estudos analisados indicam que a dificuldade de acesso interfere diretamente no estadiamento e no prognóstico, restringindo as possibilidades terapêuticas e aumentando a mortalidade. Trata-se de um cenário de mistanásia, em que a morte não ocorre apenas pela progressão da doença, mas também pela omissão social e institucional, em evidente violação do direito à saúde e da dignidade humana. O descompasso entre o arcabouço legal existente e sua operacionalização no SUS reflete a permanência de uma realidade concreta de morte evitável por negligência estrutural.

Discussão

A análise evidencia que, embora o Brasil possua legislação que reconhece o acesso ao cuidado oncológico como um direito fundamental e um arcabouço normativo consistente para garantir o diagnóstico e o tratamento no SUS, persistem barreiras estruturais, organizacionais e logísticas que comprometem a efetividade desse direito. Os atrasos assistenciais impactam negativamente os desfechos clínicos e sociais, sobretudo entre populações em maior vulnerabilidade social.

As projeções indicam crescimento da incidência de neoplasias nos próximos anos, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que concentram as maiores taxas previstas. Embora essas regiões apresentem filas de acesso relativamente menores, observa-se a ocorrência de mistanásia, sobretudo entre grupos vulneráveis, que permanecem privados de medidas preventivas, alimentação adequada, atividade física regular e educação em saúde. Nas regiões Norte e Nordeste, por sua vez, ainda que a incidência seja menor, o tempo prolongado de espera para diagnóstico e início de tratamento também configura expressões da mistanásia.

Esse cenário não decorre apenas de limitações pontuais, mas revela que o modelo de atenção oncológica ainda opera de forma fragmentada e hospitalocêntrica, com baixa integração entre a atenção primária e os serviços especializados. Conforme demonstrado, quando o diagnóstico é realizado na atenção básica, o tempo para início do tratamento é maior do que quando feito diretamente na atenção especializada. Essa dinâmica cria uma lógica seletiva de cuidado, na qual o tempo de espera e a chance de sobreviver dependem do local de residência e da disponibilidade de serviços. Na prática, o exercício do direito à saúde torna-se condicionado à capacidade de atravessar barreiras de acesso, o que contraria os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Com o aumento da incidência de neoplasias, o sistema de saúde tende à sobrecarga crescente, sendo necessário o fortalecimento de políticas públicas de educação em saúde, com ênfase na atenção primária como coordenadora do cuidado, na integração entre os níveis assistenciais e no aperfeiçoamento dos sistemas de regulação e monitoramento dos prazos

assistenciais. Além disso, é fundamental priorizar ações de promoção da saúde, por meio de políticas de conscientização sobre fatores de risco e mudança de hábitos de vida.

A Declaração de Alma-Ata (1978) reforça a necessidade de mudança de paradigma, substituindo os sistemas hospitalocêntricos por modelos baseados na prevenção e na promoção da saúde.

Ainda que o país disponha de legislação abrangente para garantir o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento, a efetividade prática desse arcabouço jurídico permanece insuficiente. O descompasso entre norma e prática torna o direito à saúde um enunciado de difícil concretização para grande parte da população.

A persistência de barreiras estruturais, como a concentração de serviços em grandes centros urbanos e a insuficiência de infraestrutura tecnológica, compromete a integralidade da rede de atenção e gera uma lógica excludente, na qual o lugar de residência e a condição socioeconômica definem o tempo de espera e, em última instância, a probabilidade de sobreviver.

O fenômeno da mistanásia emerge como expressão máxima dessa desigualdade: mortes evitáveis que decorrem não apenas da evolução biológica da doença, mas também da omissão institucional e da negligência social. A literatura em bioética classifica tais mortes como violações da dignidade humana, reforçando que a falta de acesso oportuno não constitui fatalidade, mas injustiça (Ferreira; Porto, 2019; Siqueira; Ferreira; Andrade, 2020).

Do ponto de vista jurídico, a Constituição Federal de 1988, ao consagrar a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, impõe a obrigação de políticas públicas eficazes. O não cumprimento dos prazos legais, para exames diagnósticos e início do tratamento, configura omissão estatal incompatível com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade.

Os dados epidemiológicos confirmam que os atrasos no tratamento estão associados a diagnósticos em estágios mais avançados, o que reduz as chances de cura e aumenta a mortalidade. Cada barreira de acesso se traduz em determinante direto de desfecho clínico, revelando a dimensão sanitária do problema jurídico.

A equidade, princípio estruturante do SUS, deveria atuar como mecanismo de compensação das desigualdades sociais. No entanto, os estudos demonstram que os grupos mais vulneráveis — residentes em regiões periféricas, com menor renda e escolaridade — são justamente os mais expostos aos atrasos diagnósticos e terapêuticos. Essa seletividade do cuidado aprofunda as iniquidades e compromete a justiça distributiva (Guerra, 2017).

Outro ponto crítico é a fragmentação da rede assistencial. A dificuldade de articulação entre a atenção primária e os serviços especializados provoca rupturas nos fluxos de cuidado, prolongando o tempo até o início do tratamento. O Registro Hospitalar de Câncer demonstrou que o maior tempo de espera ocorre quando o diagnóstico é realizado fora dos serviços especializados; ao contrário, quando diagnosticado no próprio serviço de referência, o tempo é menor, evidenciando a desarticulação da rede. A integralidade não se limita à oferta de procedimentos de alta complexidade, mas exige coordenação interinstitucional e continuidade do cuidado.

A política de navegação do paciente, recentemente incorporada à legislação, representa um avanço promissor. Ao estruturar a busca ativa, o acompanhamento individualizado e a coordenação

entre níveis de atenção, esse mecanismo pode reduzir significativamente os atrasos. Contudo, sua implementação ainda é incipiente e desigual, carecendo de financiamento e fiscalização adequados.

Além dos desafios organizacionais, o financiamento público do câncer continua sendo uma barreira crítica. O aumento do número de casos, aliado à incorporação de tecnologias de alto custo, pressiona os orçamentos do SUS. Observa-se, por vezes, priorização de terapias inovadoras de baixo impacto populacional, enquanto persistem gargalos básicos de diagnóstico e regulação — desequilíbrio que contribui para a ocorrência da mistanásia (Ferreira; Porto, 2019).

Sob o prisma ético-jurídico, as mortes evitáveis no SUS evidenciam a necessidade de mecanismos mais efetivos de responsabilização estatal. Não basta declarar direitos: é imprescindível que existam instrumentos de exigibilidade, como metas obrigatórias de tempo para diagnóstico e tratamento, transparência nas filas de espera e sanções em caso de descumprimento.

O enfrentamento da mistanásia requer uma abordagem intersetorial e multidimensional, que envolva a reorganização da rede, a valorização da atenção primária e a adoção de indicadores auditáveis para mensurar a efetividade das políticas públicas.

Em síntese, o debate sobre barreiras de acesso e mistanásia transcende a esfera biomédica: trata-se de uma questão de justiça social, responsabilidade constitucional e respeito à dignidade humana. A efetivação do direito à saúde oncológica no Brasil depende não apenas de novos marcos legais, mas da transformação da governança em saúde, de modo a garantir que cada paciente tenha oportunidade de viver mais e melhor, independentemente de sua origem ou condição social.

Considerações Finais

A análise empreendida confirma que a persistência de barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento oncológico não pode ser compreendida apenas como falha administrativa ou organizacional. Trata-se de um problema jurídico de grande magnitude, pois atinge diretamente a efetividade do direito fundamental à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988.

Ao não assegurar o início do tratamento em prazos razoáveis, o Estado incorre em violação direta de normas constitucionais e infraconstitucionais, como a Lei nº 12.732/2012, a Lei nº 13.896/2019 e a Lei nº 14.758/2023. A ausência de efetividade desses dispositivos cria um quadro de inconstitucionalidade prática, em que o direito existe formalmente, mas não se realiza materialmente.

A principal consequência é a mistanásia: mortes evitáveis e precoces causadas pela omissão do Estado. Do ponto de vista jurídico, tais mortes não constituem simples fatalidade clínica, mas configuram violação de direitos humanos, por negar a dignidade da pessoa humana e frustrar a proteção do bem maior que é a vida.

A literatura bioética destaca que a mistanásia representa uma “morte por negligência estrutural”. Embora não se enquadre tecnicamente como homicídio, configura violação constitucional que pode gerar responsabilidade política e administrativa. Em determinadas circunstâncias, pode fundamentar ações civis públicas, termos de ajustamento de conduta e responsabilização de gestores públicos (Ferreira, 2019; Siqueira; Ferreira; Andrade, 2020).

A análise crítica demonstra que a violação do direito à saúde na oncologia possui caráter seletivo: incide de forma mais intensa sobre populações em vulnerabilidade socioeconômica e

territorial. Isso evidencia que o problema não se limita à ineficiência sistêmica, mas expressa uma forma de discriminação indireta, incompatível com o princípio da igualdade e com o mandamento constitucional de equidade.

O princípio da integralidade também se vê comprometido. Integralidade não se resume à oferta de procedimentos de alta complexidade, mas requer articulação efetiva entre prevenção, diagnóstico e tratamento. A fragmentação da rede e a falta de coordenação configuram violação estrutural a esse princípio, com repercussões sanitárias e jurídicas.

Torna-se imprescindível, portanto, que a efetividade do direito à saúde em oncologia seja acompanhada por mecanismos jurídicos de exigibilidade. Os prazos legais devem ser tratados como direitos subjetivos dos pacientes, passíveis de tutela judicial imediata, e não apenas como metas administrativas sujeitas à flexibilização.

A transparência das filas, a publicação dos tempos de espera e a pactuação federativa de metas são medidas essenciais para transformar o direito abstrato em parâmetro verificável de gestão. O descumprimento dessas obrigações deve ensejar responsabilização objetiva e subsidiária dos entes federativos.

Em síntese, a mistanásia oncológica não é apenas um problema de saúde pública, mas um fenômeno de violação constitucional que exige respostas jurídicas firmes. Enquanto o Estado não alinhar sua capacidade organizacional às garantias constitucionais, continuará a reproduzir mortes evitáveis que configuram omissão ilícita. O enfrentamento dessas barreiras é, portanto, condição necessária para transformar o direito fundamental à saúde em realidade efetiva e proteger a vida como valor supremo do ordenamento jurídico.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>.

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. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 set. 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 23 nov. 2012. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a *Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer* na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 16 maio 2013. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-874-16-maio-2013>

BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732/2012 para dispor sobre o prazo para realização de exames diagnósticos em pacientes com neoplasia maligna suspeita. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 31 out. 2019. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm

BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o *Estatuto da Pessoa com Câncer*. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 22 nov. 2021. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm

BRASIL. Lei nº 14.758, de 12 de dezembro de 2023. Institui a *Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer* no âmbito do SUS e o *Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer*. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 13 dez. 2023. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm

BRASIL. Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025. Regulamenta a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 4 fev. 2025.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025. Institui o *Programa de Navegação da Pessoa com Câncer*. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 5 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Informações de Saúde (TABNET)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 22 set. 2025.

BRAY, F. et al. *Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, Hoboken, v. 74, n. 3, p. 229–263, maio/jun. 2024. DOI: 10.3322/caac.21830.

CUNHA, T. R. da et al. *Cuidados paliativos em hospital oncológico de referência: atenção primária, diagnóstico tardio e mistanásia*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e8977, abr./jun. 2024. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418977P>

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978.

FERREIRA, S. *A mistanásia como prática usual dos governos*. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, n. 324, p. 5, mar./abr. 2019. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br>. Acesso em: 14 set. 2025.

FERREIRA, S.; PORTO, D. *Mistanásia × qualidade de vida*. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 191–195, 2019. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2060. Acesso em: 22 set. 2025.

FOSP – FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. *Boletim Epidemiológico* 2024. São Paulo: FOSP, 2024. Disponível em: <https://fosp.saude.sp.gov.br/>. Acesso em: 22 set. 2025. <https://fosp.saude.sp.gov.br/fosp/diretoria-adjunta-de-informacao-e-epidemiologia/rhc-registro-hospitalar-de-cancer/banco-de-dados-do-rhc>

GOSS, P. E. et al. *Planning cancer control in Latin America and the Caribbean*. *The Lancet Oncology*, London, v. 14, n. 5, p. 391–436, abr. 2013. DOI: 10.1016/S1470-2045(13)70048-2.

GUERRA, M. R. et al. *Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 102–115, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700050009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa>. Acesso em: 22 set. 2025.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). *Global Cancer Observatory: cancer tomorrow*. Lyon: IARC, 2024. Disponível em: <https://gco.iarc.fr>. Acesso em: 22 set. 2025.

LUZ Cardoso, L. G.; Conte, C. P.; Mendonça, S. *A mistanásia e a responsabilidade criminal do Estado: estudo de caso sobre a falta de oxigênio medicinal na cidade brasileira de Manaus/ AM. Revista Eletrônica de Direito Penal e Política Criminal*, Porto Alegre, v. 11, n. 1/2, p. 75–101, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/redppc/article/view/125934>. Acesso em: 22 set. 2025.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. *Cuidados paliativos: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*. Curitiba: Appris, 2020.

MESQUITA, M. G. R.; SILVA, A. E. *Comunidade compassiva de favela: ampliando o acesso aos cuidados paliativos no Brasil*. 2023. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0432pt>

SIQUEIRA, S. F.; FERREIRA, T. H. A.; ANDRADE, D. C. M. *Mistanásia ou eutanásia social: a morte infeliz no SUS e a violação do princípio da dignidade da pessoa humana. Ciências Humanas e Sociais*, v. 6, n. 2, p. 99–112, 2020.

TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER (TJCC). *12º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer*, 16 a 18 de setembro de 2025, São Paulo (SP) / online. São Paulo: TJCC, 2025. Disponível em: <https://congresso.tjcc.com.br/>. Acesso em: 22 set. 2025.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

SANDER, Andrea; TAVARES, Juliana dos Santos; LAMY, Marcelo. Barreiras de acesso e mistanásia no cuidado oncológico: limites da efetividade do direito à saúde. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 25, jan./dez. 2025), pp. 273-287. São Paulo: ESDC, 2025. ISSN: 1983-2303 (eletrônica).

Recebido em 03/10/2025

Aprovado em 25/10/2025



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br>