




**A VIOLAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE NO TRATAMENTO DE
CÂNCER: A REALIDADE DOS PACIENTES DIANTE DA OMISSÃO ESTATAL**

**THE VIOLATION OF THE HUMAN RIGHT TO HEALTH IN CANCER
TREATMENT: THE REALITY OF PATIENTS IN THE FACE OF STATE
OMISSION**

**THE VIOLATION OF THE HUMAN RIGHT TO HEALTH IN CANCER
TREATMENT: THE REALITY OF PATIENTS IN THE FACE OF STATE
OMISSION**

 <https://doi.org/10.56238/levv16n53-014>

Data de submissão: 02/09/2025

Data de publicação: 02/10/2025

Karoline Aparecida Gonçalves

Graduando em Direito

Instituição: Faculdade UniCesumar de Ponta Grossa

E-mail: Karolyneg2.0@gmail.com

Sayonara Aparecida Saukoski

Mestre em Ciências Jurídico-Civilísticas

Instituição: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

E-mail: Sayosau@hotmail.com

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a omissão estatal no fornecimento de terapias oncológicas como violação ao direito fundamental à saúde e à dignidade humana, com base em dados oficiais, legislações e no ordenamento jurídico brasileiro. Utilizou-se o método de revisão bibliográfica, com abordagem quali-quantitativa, que reuniu produções científicas nacionais e internacionais recentes e relevantes para o tema. Os resultados apontaram falhas estruturais no Sistema Único de Saúde, desigualdades regionais, demora no início dos tratamentos, insuficiência de medicamentos essenciais e crescente judicialização das demandas judiciais relacionadas. Conclui-se que a efetivação do direito à saúde depende de políticas públicas robustas, gestão eficiente, fiscalização adequada e compromisso estatal efetivo, garantindo acesso integral, equitativo, célere e humanizado aos pacientes oncológicos brasileiros.

Palavras-chave: Câncer. Direitos Humanos. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The study aimed to analyze the state's failure to provide oncological therapies as a violation of the fundamental right to health and human dignity, based on official data, legislation, and the Brazilian legal system. A literature review was used, with a qualitative and quantitative approach, bringing together recent national and international scientific literature relevant to the topic. The results highlighted structural flaws in the Unified Health System (SUS), regional inequalities, delays in the initiation of treatments, insufficient essential medicines, and increasing judicialization of related lawsuits. The conclusion is that the realization of the right to health depends on robust public policies,

efficient management, adequate oversight, and effective state commitment, ensuring full, equitable, prompt, and humane access to care for Brazilian cancer patients.

Keywords: Cancer. Human Rights. Unified Health System (SUS).

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar la omisión del Estado en la provisión de terapias oncológicas como una violación del derecho fundamental a la salud y la dignidad humana, con base en datos oficiales, la legislación y el sistema jurídico brasileño. Se realizó una revisión bibliográfica con un enfoque cualitativo y cuantitativo, que reunió la literatura científica reciente, nacional e internacional, relevante para el tema. Los resultados destacaron fallas estructurales en el Sistema Único de Salud (SUS), desigualdades regionales, retrasos en el inicio de tratamientos, insuficiencia de medicamentos esenciales y la creciente judicialización de demandas relacionadas. La conclusión es que la realización del derecho a la salud depende de políticas públicas sólidas, una gestión eficiente, una supervisión adecuada y un compromiso estatal efectivo, garantizando un acceso pleno, equitativo, oportuno y humano a la atención para los pacientes brasileños con cáncer.

Palabras clave: Cáncer. Derechos Humanos. Sistema Único de Salud (SUS).

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, consagrado constitucionalmente como um direito fundamental de todos e um dever do Estado, constitui um dos pilares para a efetivação da dignidade da pessoa humana. No entanto, quando se analisa o cenário do tratamento do câncer no Brasil, observa-se um descompasso entre a previsão normativa e a realidade enfrentada pelos pacientes oncológicos. A alta incidência da doença, somada à escassez de recursos, às desigualdades regionais e à omissão estatal, revela um quadro de violação de direitos humanos e de fragilidade na concretização das garantias constitucionais.

A problemática central desta pesquisa consiste em analisar de que forma a negligência do poder público compromete a efetivação do direito humano à saúde, especialmente no que se refere ao tratamento oncológico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As dificuldades enfrentadas pelos pacientes, como o atraso no início das terapias, a escassez de medicamentos, a concentração de centros especializados em determinadas regiões e a consequente judicialização do acesso, revelam falhas estruturais que não só limitam a eficácia do sistema, mas também colocam em risco a dignidade e a vida da população.

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo repousa na relevância teórica e prática do tema. Do ponto de vista acadêmico, contribui para a reflexão sobre a efetividade dos direitos sociais e para o fortalecimento da discussão acerca da responsabilidade do Estado na concretização do direito à saúde. Em âmbito social, aponta-se a importância da pesquisa pela necessidade de propor soluções capazes de reduzir desigualdades, ampliar o acesso e assegurar que o paciente oncológico seja atendido de forma integral, digna e humanizada.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a omissão estatal no fornecimento de tratamento oncológico como violação do direito à saúde e da dignidade humana, fundamentando-se em dados oficiais e no ordenamento jurídico brasileiro. Como objetivos específicos, destacam-se: investigar dados oficiais que descrevam o atual cenário do atendimento oncológico no SUS; verificar a responsabilidade do Estado por meio da análise da doutrina e da jurisprudência relacionadas à eficácia dos direitos à saúde; identificar as principais deficiências que impedem o acesso adequado ao tratamento oncológico; sugerir formas de melhorar o atendimento do SUS no tratamento do câncer, por meio de soluções práticas dentro do que diz a Lei.

O estado da arte sobre a temática revela que, embora o SUS represente um marco histórico na garantia da universalidade, integralidade e equidade em saúde, sua efetividade no campo oncológico ainda encontra entraves. Estudos apontam disparidades entre os tratamentos oferecidos no setor público e privado, falhas de gestão e insuficiência de políticas de equidade para grupos vulneráveis, além da necessidade de maior integração de equipes multiprofissionais, incluindo a atuação da assistência social como elo fundamental no cuidado integral.

A base teórica da pesquisa estrutura-se a partir dos pressupostos constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental à saúde, compreendidos como direitos humanos de aplicação imediata, com dupla dimensão individual e coletiva. A análise é sustentada pela doutrina de Heinzmann, Marques e Silva (2023) que enfatizam a responsabilidade do Estado na efetivação das políticas de saúde, e por Vieira (2020), que destaca a necessidade da macrojustiça como instrumento de fortalecimento estrutural do SUS. Complementam-se autores como Borges, Gadia e Oliveira Júnior (2011) ao apontar a natureza subjetiva do direito à saúde, e Silva e Osorio-de-Castro (2022) ao mencionar estratégias para a garantia dos direitos da pessoa com câncer.

A hipótese formulada é a de que a omissão estatal na área da saúde, especialmente no tratamento do câncer, compromete a efetividade do direito fundamental previsto na Constituição e em tratados internacionais, configurando violação à dignidade da pessoa humana. A judicialização, embora legítima, revela falhas estruturais que poderiam ser superadas com políticas públicas eficazes, expansão da rede oncológica, valorização de equipes multiprofissionais e uso planejado de novas tecnologias. Portanto, a pesquisa demonstra que apenas uma atuação estatal ativa e comprometida com os princípios constitucionais pode reduzir desigualdades e consolidar o direito à saúde como um direito humano efetivo.

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa e quantitativa, fundamentada no método da revisão bibliográfica e documental. A escolha dessa metodologia justifica-se pela necessidade de reunir, analisar e interpretar diferentes produções científicas publicadas entre 2017 e 2025, nos idiomas português e inglês, a fim de consolidar o conhecimento existente acerca da efetividade do direito à saúde no tratamento do câncer. A seleção das fontes foi realizada de forma criteriosa, priorizando artigos revisados por pares, dissertações, teses, legislações nacionais, tratados internacionais e documentos institucionais obtidos em bases como Google Acadêmico, SciELO, Redalyc, PubMed e bibliotecas digitais jurídicas.

Embora o recorte temporal privilegie publicações recentes, foi incorporado um artigo de 2011, por tratar de forma pioneira a responsabilidade do Estado frente ao direito fundamental à saúde. Sua inclusão é relevante por constituir um marco teórico clássico, ainda atual na compreensão da efetividade da saúde como direito humano. A análise do conteúdo bibliográfico seguiu critérios de categorização temática, abrangendo os seguintes eixos: fundamentos constitucionais e internacionais do direito à saúde; políticas públicas e estrutura do SUS; desafios no acesso ao tratamento oncológico; judicialização da saúde; e propostas e perspectivas para o fortalecimento da rede oncológica.

2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O direito à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, é reconhecido como um direito fundamental de todos os cidadãos e um dever do Estado, devendo ser garantido

mediante políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Essa disposição normativa insere-se no conjunto dos direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição, que refletem a essência do Estado Democrático de Direito ao impor ao poder público o dever de assegurar condições mínimas de dignidade e proteção à vida (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023).

Trata-se de um direito que não se limita a enunciados programáticos, mas que assume a natureza de direito público subjetivo, oponível diretamente ao Estado, o qual deve prover as condições materiais necessárias à sua concretização, inclusive no que diz respeito ao tratamento de doenças de alta complexidade, como o câncer (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

Nesse contexto, a dignidade da pessoa humana, prevista como fundamento da República no artigo 1º, inciso III, da Carta Magna, apresenta-se como princípio estruturante do ordenamento jurídico e vetor interpretativo de todo o sistema constitucional. Em vista disso, a proteção ao direito à saúde não pode ser dissociada da promoção da dignidade humana, na medida em que a ausência de acesso a serviços médicos adequados compromete diretamente a vida, a integridade física e o bem-estar do indivíduo (SILVA; LIMA, 2023). Como observa a doutrina, a saúde deve ser compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o que exige a concretização de políticas públicas eficazes e a prestação de serviços de qualidade por parte do Estado (VIEIRA, 2020).

O direito à saúde possui, portanto, dupla dimensão: difusa e individual. Na perspectiva difusa, traduz-se em políticas públicas voltadas à coletividade, como campanhas de vacinação, programas de prevenção de doenças e ações de vigilância sanitária. Já no âmbito individual, manifesta-se no fornecimento de consultas, exames, medicamentos, cirurgias e tratamentos indispensáveis a cada paciente (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023).

Essa característica híbrida exige do Estado tanto políticas universais quanto respostas específicas e concretas às necessidades individuais, especialmente quando se tratam de doenças graves como o câncer, cujo diagnóstico precoce e tratamento oportuno representam fatores determinantes para a sobrevivência (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023). Diante desse cenário, a omissão estatal em garantir o atendimento adequado a pacientes oncológicos configura afronta direta ao texto constitucional e ao núcleo essencial do direito à saúde (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

Outro ponto que merece destaque é o reconhecimento internacional do direito à saúde como direito humano fundamental. Documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 reforçam a obrigação dos Estados em assegurar condições de saúde adequadas à população. No Brasil, a internalização desses compromissos fortalece a compreensão de que a saúde não pode ser vista como mera faculdade administrativa, mas como uma obrigação jurídica vinculante (VIEIRA, 2020). Nesse

sentido, “a atuação estatal deve ser pautada por critérios de universalidade, integralidade e equidade, que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição como instrumento essencial para a efetividade desse direito” (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023, p.2).

A omissão do Estado na efetivação do direito à saúde revela-se ainda mais grave quando analisada sob a ótica da dignidade humana. A falta de acesso a medicamentos, exames e tratamentos oncológicos compromete o prognóstico clínico do paciente, acarreta sofrimento desnecessário, perda da qualidade de vida e violação da autonomia individual. A jurisprudência pátria, tanto no Supremo Tribunal Federal quanto no Superior Tribunal de Justiça, tem reiterado que o direito à saúde se caracteriza como cláusula pétrea, insuscetível de retrocessos e diretamente relacionado à preservação da vida e da dignidade (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011). A responsabilidade estatal, portanto, “não se restringe a um dever moral, mas a um dever jurídico que decorre da Constituição e dos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário” (SILVA; LIMA, 2023, p.3).

Desse modo, pode-se afirmar que a saúde, enquanto direito fundamental, constitui um dos pilares do Estado Democrático de Direito e um requisito indispensável para a concretização da cidadania. Sem o acesso efetivo a serviços médicos de qualidade, a participação plena do indivíduo na vida social e política é inviabilizada, visto que a ausência de saúde restringe a liberdade e compromete o exercício dos demais direitos (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023).

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana não se realiza plenamente quando o Estado falha em assegurar aos cidadãos a proteção da saúde, em especial diante de doenças graves e de alto custo, como o câncer. A omissão estatal nessa seara, portanto, além de inconstitucional, representa uma violação direta dos direitos humanos, exigindo do Poder Público a adoção de medidas concretas e eficazes para garantir a efetividade desse direito (VIEIRA, 2020).

2.1 O CENÁRIO DO ATENDIMENTO ONCOLÓGICO NO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, constitui-se como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. No entanto, quando se analisa o tratamento oncológico oferecido por esse sistema, verificam-se inúmeros entraves estruturais e administrativos que comprometem a efetividade do direito constitucional à saúde (SILVA *et al.* 2024).

“O câncer, que estar entre as principais causas de mortalidade no país, exige respostas céleres e eficientes, uma vez que a demora no início do tratamento compromete consideravelmente as chances de sobrevivência” (KALIKS *et al.*, 2017, p.3). Para compreender a dimensão do problema e a urgência de políticas públicas eficazes, é fundamental observar a incidência e mortalidade do câncer no Brasil. A ver:

Figura 1_ Distribuição proporcional dos dez tipos mais incidentes de câncer no Brasil, por sexo (exceto pele não melanoma), estimativa para 2023

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	71.730	30,0%	Homens	Mulheres	Mama feminina	73.610	30,1%
Colón e reto	21.970	9,2%			Colón e reto	23.660	9,7%
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	7,5%			Colo do útero	17.010	7,0%
Estômago	13.340	5,6%			Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Cavidade oral	10.900	4,6%			Glândula tireoide	14.160	5,8%
Esófago	8.200	3,4%			Estômago	8.140	3,3%
Bexiga	7.870	3,3%			Corpo do útero	7.840	3,2%
Laringe	6.570	2,7%			Ovário	7.310	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%			Pâncreas	5.690	2,3%
Fígado	6.390	2,7%			Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

Fonte: INCA (2023).

Os dados da figura 1 revelam que os tipos de câncer mais incidentes variam de acordo com o sexo, mas em ambos os grupos o impacto é expressivo. Essa realidade reforça a necessidade de políticas públicas efetivas que ampliem o acesso a exames de rastreamento, garantam o início rápido das terapias e reduzam as desigualdades regionais no tratamento oncológico.

Ainda conforme os autores Heinzmann, Marques e Silva (2023) relatórios indicam que o tempo de espera para consultas, exames e terapias especializadas frequentemente supera prazos aceitáveis sob a ótica da medicina e do direito. Essa discrepância entre o mandamento constitucional e a realidade prática demonstra falha do Estado em cumprir sua obrigação essencial de garantir acesso adequado ao cuidado oncológico (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

Cumprir ressaltar que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, criada em 2013, embora avance em diretrizes para a atenção integral, enfrenta sérias dificuldades de implementação. A oferta de serviços especializados ainda se concentra em regiões específicas, sobretudo nos grandes centros do Sul e Sudeste, enquanto pacientes de regiões mais afastadas são obrigados a se deslocar longas distâncias para receber atendimento adequado (CARVALHO *et al.*, 2023). Tal cenário “aprofunda as desigualdades regionais e compromete a equidade, princípio estruturante do SUS, impondo sacrifícios adicionais às famílias já fragilizadas pela doença” (KALIKS *et al.*, 2017, p.3).

Cabe destacar, ainda, a disparidade existente entre os tratamentos disponibilizados no SUS e aqueles oferecidos pela saúde suplementar. Em muitos hospitais públicos, os protocolos de quimioterapia e terapias sistêmicas não acompanham as atualizações internacionais, mantendo-se em defasagem em relação às recomendações científicas mais recentes (SILVA *et al.* 2024). “Há casos em que pacientes são submetidos a medicamentos menos eficazes do que os previstos nas diretrizes do Ministério da Saúde e das associações médicas” (KALIKS *et al.*, 2017, p.3).

Essa realidade reduz as chances de cura e reforça a percepção de desigualdade entre usuários do sistema público e do privado, o que afronta a garantia constitucional da universalidade do acesso (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2022). Verifica-se, outrossim, que “a escassez de medicamentos antineoplásicos e a burocracia administrativa para a sua disponibilização representam obstáculos recorrentes” (SILVA *et al.*, 2024, p.4).

Muitos pacientes são submetidos a períodos prolongados de espera pela entrega de fármacos essenciais, o que em diversas situações leva à necessidade de recorrer ao Poder Judiciário para assegurar o tratamento. A judicialização, ainda que se configure como instrumento legítimo de defesa dos direitos fundamentais, revela a insuficiência das políticas públicas e a omissão estatal em garantir a efetividade do direito à saúde (VIEIRA, 2020). Nessa perspectiva, “a demora no fornecimento de medicamentos traduz-se em violação ao princípio da dignidade da pessoa humana e em afronta direta à Constituição” (CARVALHO *et al.*, 2023, p.2).

Logo, o panorama atual do atendimento oncológico no SUS identifica um paradoxo: enquanto a legislação garante atendimento universal e integral, a prática cotidiana revela falhas de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos e desigualdades regionais. O tempo de espera superior a 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento, frequentemente apontado em relatórios oficiais, constitui uma violação ao artigo 196 da Constituição, além de comprometer a eficácia do princípio da integralidade (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023). Dessa forma, torna-se evidente que o Estado tem falhado em assegurar um atendimento célere e eficaz aos pacientes oncológicos, deixando de concretizar os direitos constitucionalmente previstos (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

Verifica-se, portanto, que a realidade enfrentada pelos pacientes oncológicos no Brasil é marcada por omissões estatais e pela insuficiência de políticas públicas eficazes. A desigualdade no acesso, a carência de infraestrutura e a morosidade no início do tratamento demonstram que o SUS, embora seja juridicamente um instrumento de garantia de direitos, ainda não se mostra capaz de responder às demandas da população de forma satisfatória (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2022). Segundo Kaliks *et al.*, (2017) a negligência estatal, nessa seara, não só agrava a vulnerabilidade dos pacientes, como também afronta a dignidade humana, exigindo do poder público a adoção de medidas concretas de reestruturação e fortalecimento da rede oncológica nacional.

2.1.1 A Responsabilidade do Estado e a Omissão Estatal

A Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como direito fundamental, impondo ao Estado o dever de garanti-la mediante políticas sociais e econômicas capazes de reduzir riscos e assegurar acesso universal e igualitário. Essa previsão normativa implica a responsabilização estatal sempre que houver falha ou omissão na prestação do serviço público de saúde. O direito à saúde, enquanto direito público subjetivo, exige do poder público condutas ativas e eficazes para assegurar a concretização do mandamento constitucional (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011). Nessa perspectiva, o Estado não pode se eximir da obrigação de fornecer condições mínimas de atendimento à população, sob pena de violar diretamente o núcleo essencial da dignidade humana (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023).

A responsabilidade estatal no âmbito da saúde é caracterizada, em regra, como objetiva, à luz do artigo 37, § 6º, da Constituição. Isso significa que a obrigação de indenizar ou reparar danos não depende de comprovação de dolo ou culpa, bastando a demonstração da omissão ou inadequação do serviço público. Essa responsabilidade assume contornos ainda mais relevantes no campo da oncologia, dada a urgência e gravidade das demandas que envolvem diagnósticos e tratamentos de alto custo (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011). Por conseguinte, “a ausência de medicamentos, a demora no início das terapias ou a deficiência de infraestrutura hospitalar configuram hipóteses de omissão estatal passíveis de responsabilização jurídica” (SILVA; LIMA, 2023, p.4).

Cumpre destacar que a omissão do Estado na área da saúde não pode ser tratada como mera falha administrativa, mas como violação de um direito humano fundamental. A jurisprudência dos tribunais superiores tem reconhecido que a saúde, por se relacionar diretamente com a preservação da vida e da dignidade, não pode ser relegada a segundo plano diante de restrições orçamentárias. Nesse sentido, tanto o Supremo Tribunal Federal quanto o Superior Tribunal de Justiça vêm firmando entendimento de que a escassez de recursos não exonera o Poder Público de cumprir sua obrigação constitucional (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023). Trata-se, portanto, “de uma responsabilidade inafastável, cuja omissão gera graves consequências sociais” (VIEIRA, 2020, p.6).

Ademais, observa-se que o dever estatal não se limita ao fornecimento de medicamentos ou insumos hospitalares, mas abrange a formulação e execução de políticas públicas capazes de estruturar de maneira eficiente a rede de atenção à saúde (KALIKS *et al.*, 2017). “Essa desigualdade estrutural demonstra que a omissão estatal extrapola a esfera individual e assume caráter coletivo, produzindo efeitos negativos sobre a sociedade como um todo” (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2022, p.3).

A doutrina também aponta que a responsabilidade do Estado deve ser analisada em duas dimensões: a microjustiça e a macrojustiça. A primeira refere-se às decisões judiciais voltadas a garantir direitos em casos individuais, enquanto a segunda diz respeito à formulação e efetivação de políticas públicas estruturais que assegurem a universalidade e a integralidade do atendimento (VIEIRA, 2020). O predomínio da microjustiça, caracterizado pela judicialização de demandas individuais, tem considerado falhas na capacidade estatal de assegurar o direito à saúde de forma coletiva, gerando desigualdades no acesso e sobrecarga do Poder Judiciário (SILVA; LIMA, 2023).

Dessa forma, a responsabilidade do Estado no âmbito da saúde não se limita a indenizar os danos decorrentes de omissões, mas exige a adoção de políticas eficazes, planejamento adequado e gestão eficiente dos recursos públicos. A falha em cumprir esses deveres compromete tanto a efetividade do SUS, como o próprio pacto constitucional que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011). Para Heinzmann; Marques; Silva (2023) o cenário atual, marcado por desigualdades regionais, deficiências estruturais e omissões

reiteradas, revela a necessidade urgente de fortalecimento das políticas públicas de saúde como condição essencial para a concretização da dignidade humana.

2.1.2 Deficiências estruturais e desigualdades regionais no tratamento oncológico

O tratamento oncológico no Brasil, apesar de garantido constitucionalmente como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta graves limitações estruturais que comprometem sua efetividade. A insuficiência de hospitais especializados, a concentração de serviços em determinados centros urbanos e a escassez de profissionais qualificados resultam em desigualdades no acesso ao cuidado (CLEMENTE *et al.*, 2022).

À luz dessa realidade, observa-se que “o Estado não tem cumprido integralmente o princípio da equidade, fundamental para o funcionamento do SUS” (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023, p.3). As diferenças regionais não se limitam à infraestrutura física, mas se manifestam também na qualidade dos tratamentos oferecidos. Pesquisas por Kaliks *et al.*, (2017) demonstram que em diversos centros, os protocolos terapêuticos permanecem defasados em comparação às recomendações internacionais e até mesmo às diretrizes oficiais do Ministério da Saúde.

Em contrapartida, hospitais localizados em grandes capitais apresentam maior acesso a medicamentos atualizados e terapias avançadas, o que resulta em índices mais elevados de sobrevida. Essa heterogeneidade considera que, embora o direito à saúde seja formalmente universal, sua concretização depende do local de residência do paciente, configurando afronta direta ao artigo 196 da Constituição (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2022).

No caso do Paraná, é possível observar com maior precisão como os dados nacionais se refletem em nível estadual. A análise das taxas brutas e ajustadas de incidência, bem como da estimativa de casos novos por localização primária, revela a magnitude do câncer na população paranaense e destaca os tipos mais prevalentes entre homens e mulheres (INCA, 2023). Verifica-se na figura 2 logo abaixo:

Figura 2 Taxas brutas de incidência estimadas para 2023 no Paraná, segundo sexo e localização primária

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Mama feminina	-	-	-	3.650	60,76	41,06	3.650	60,76	41,06
Próstata	3.430	59,64	35,94	-	-	-	3.430	59,64	35,94
Cólon e reto	1.280	22,30	18,63	1.280	21,37	14,99	2.560	21,83	16,52
Traqueia, brônquio e pulmão	1.260	21,88	15,24	1.010	16,77	12,04	2.270	19,27	12,80
Estômago	840	14,65	9,28	510	8,44	4,31	1.350	11,48	6,33
Colo do útero	-	-	-	790	13,19	9,77	790	13,19	9,77
Glândula tireoide	130	2,21	1,77	420	6,92	2,68	550	4,62	2,52
Cavidade oral	720	12,49	9,16	200	3,37	2,03	920	7,83	5,39
Linfoma não Hodgkin	530	9,24	7,22	290	4,89	3,00	820	7,02	4,72
Leucemias	390	6,81	5,57	360	6,04	4,33	750	6,42	4,90
Sistema nervoso central	420	7,31	6,06	420	6,93	4,66	840	7,12	5,31
Bexiga	460	7,98	5,83	190	3,21	1,95	650	5,55	3,67
Esôfago	780	13,49	9,57	190	3,11	2,05	970	8,19	5,55
Pâncreas	440	7,61	5,87	390	6,57	3,22	830	7,08	5,22
Fígado	410	7,13	5,83	270	4,50	3,14	680	5,79	4,30
Pele melanoma	290	5,03	3,97	320	5,29	3,13	610	5,16	3,55
Corpo do útero	-	-	-	480	7,95	4,23	480	7,95	4,23
Laringe	420	7,27	5,24	120	2,05	1,44	540	4,60	3,07
Ovário	-	-	-	420	7,00	5,26	420	7,00	5,26
Linfoma de Hodgkin	90	1,57	0,68	250	4,15	3,36	340	2,89	1,21
Outras localizações	2.520	43,79	32,59	1.850	30,88	19,88	4.370	37,20	25,55
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	14.410	250,63	183,13	13.410	223,44	152,23	27.820	236,74	166,67
Pele não melanoma	4.780	83,14	-	4.300	71,57	-	9.080	77,24	-
Todas as neoplasias	19.190	333,76	-	17.710	295,09	-	36.900	314,01	-

Fonte: INCA (2023).

Ao analisar a figura 2 observa-se que os dados do Paraná confirmam a elevada incidência de câncer de mama entre as mulheres e de próstata entre os homens, além da relevância de neoplasias como cólon e reto, pulmão e estômago. Essa realidade reforça a necessidade de políticas estaduais específicas, voltadas à ampliação do diagnóstico precoce, ao fortalecimento da rede regionalizada de oncologia e à redução do tempo de espera para o início do tratamento, assegurando maior equidade e efetividade no atendimento (INCA, 2023).

Sob esse prisma, percebe-se que o desequilíbrio regional no acesso ao tratamento oncológico acarreta violações à dignidade humana. A depender da localidade em que vive, o paciente pode ter acesso a um atendimento de qualidade ou, ao contrário, enfrentar uma rede precária, desprovida de insumos e com profissionais insuficientes. A desigualdade territorial, nesse sentido, revela-se não só como uma falha de gestão, mas como um obstáculo concreto ao exercício pleno da cidadania (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

A carência de equipamentos modernos e a morosidade na realização de exames complementares, como ressonâncias magnéticas e tomografias, reforçam a percepção de desigualdade. Em muitos estados, há apenas um centro habilitado para a realização de radioterapia, resultando em filas de espera que superam meses (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023). Esse atraso, que contraria a legislação que prevê início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, compromete de forma irreversível o prognóstico de milhares de pacientes (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023).

À vista disso, pode-se afirmar que as deficiências estruturais e as desigualdades regionais configuram um dos principais entraves à efetivação do direito fundamental à saúde. O Estado, ao não adotar medidas eficazes para reduzir as disparidades, incorre em omissão grave que atinge diretamente a população mais vulnerável (KALIKS *et al.*, 2017).

Por conseguinte, ressalta Vieira (2020) que a superação desse quadro exige tanto investimento financeiro, como também planejamento estratégico, expansão da rede oncológica e fortalecimento da gestão pública. Apenas com a implementação de políticas robustas e descentralizadas será possível garantir que todos os cidadãos, independentemente da região em que residam, tenham acesso a um tratamento oncológico digno, eficaz e compatível com os princípios constitucionais.

2.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO ALTERNATIVA DE GARANTIA DO DIREITO

A judicialização da saúde consolidou-se no Brasil como uma resposta frequente às falhas estruturais do sistema público, especialmente diante da omissão estatal em assegurar o acesso integral e universal aos serviços previstos constitucionalmente. Pacientes, diante da demora na realização de exames, da ausência de medicamentos ou da recusa na disponibilização de terapias oncológicas modernas, recorrem ao Poder Judiciário como último meio de efetivar um direito fundamental (DARIU, 2023).

Sob esse ângulo, a atuação judicial passou a representar não só a reparação de injustiças individuais, mas também uma ferramenta de pressão para que o Estado cumpra suas obrigações constitucionais. Desse modo, a judicialização deve ser compreendida como consequência direta da incapacidade administrativa do SUS de atender de forma igualitária a população (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

A expansão desse fenômeno revela o caráter híbrido do direito à saúde, que possui dimensão coletiva e individual. Quando o paciente busca judicialmente a disponibilização de medicamentos de alto custo ou o início imediato de tratamentos oncológicos, está exercendo a faceta subjetiva desse direito. Por outro lado, as reiteradas decisões judiciais acabam por influenciar a formulação de políticas públicas, produzindo repercussões de caráter coletivo (DARIU, 2023).

Em contrapartida, especialistas alertam que a excessiva judicialização pode gerar desequilíbrios orçamentários, ao obrigar a administração a redirecionar recursos para atender demandas individuais, em detrimento de políticas universais. Esse paradoxo reforça a necessidade de harmonizar a proteção da dignidade humana com a sustentabilidade financeira do sistema (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023).

Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça têm reiteradamente afirmado que o direito à saúde é um direito fundamental de aplicação imediata, insuscetível de retrocesso e intrinsecamente ligado ao direito à vida. No entanto, as cortes superiores

também reconhecem a importância de critérios técnicos e científicos para a concessão de medicamentos e tratamentos, evitando que decisões judiciais isoladas resultem em distorções na política pública de saúde (VIEIRA, 2020). Em síntese, a jurisprudência busca conciliar a efetividade dos direitos individuais com a racionalidade administrativa, sem ignorar as limitações financeiras do Estado (SILVA; LIMA, 2023).

De forma correlata, verifica-se que a judicialização, embora represente uma via de acesso à Justiça para os pacientes oncológicos, não deve ser entendida como solução definitiva para as falhas do sistema. O ingresso de milhares de ações judiciais por ano, muitas delas com pedidos similares, indica a existência de problemas estruturais não resolvidos, que acabam sendo transferidos para o Judiciário (DARIU, 2023). Sobretudo, menciona Carvalho *et al.*, (2023) a sobrecarga das cortes com demandas dessa natureza compromete a agilidade da prestação jurisdicional e revela que o Poder Executivo falhou em criar mecanismos administrativos eficazes de proteção ao direito à saúde.

Um fator importante, ainda que a judicialização se apresente como instrumento legítimo de defesa da cidadania, sua permanência como mecanismo central de efetivação do direito à saúde reforça a ideia de omissão estatal. Cabe ao Poder Público adotar medidas estruturais que tornem desnecessário o recurso constante ao Judiciário, por meio do fortalecimento da rede oncológica, da atualização periódica dos protocolos clínicos e da garantia de fornecimento contínuo de medicamentos (VIEIRA, 2020).

À vista disso, Heinzmann, Marques e Silva (2023) destacam que a judicialização deve ser vista como um fenômeno transitório, cuja finalidade é pressionar o Estado a implementar políticas públicas robustas e universais. Apenas dessa forma será possível garantir que o acesso ao tratamento oncológico deixe de depender de decisões judiciais e passe a ser assegurado de forma plena e equitativa a todos os cidadãos.

2.2.1 O Papel da Assistência Social no Atendimento Oncológico

O tratamento do câncer não se limita ao aspecto biomédico, pois envolve também fatores sociais, econômicos e psicológicos que impactam diretamente a vida do paciente e de sua família. Nesse cenário, a assistência social emerge como componente essencial no atendimento oncológico, atuando na garantia de direitos, no acolhimento e na orientação dos indivíduos em situação de vulnerabilidade (CARVALHO *et al.*, 2023).

Sob esse prisma, a atuação do assistente social no âmbito hospitalar e ambulatorial representa um elo entre o paciente e as políticas públicas, assegurando que o direito à saúde seja efetivado em sua dimensão integral. Em sintonia com essa perspectiva, o trabalho interdisciplinar fortalece a promoção da dignidade humana, princípio constitucional que fundamenta todo o ordenamento jurídico (SILVA; LIMA, 2023).

À luz dessa realidade, a prática do serviço social no contexto oncológico não se restringe ao acompanhamento burocrático, mas abrange a identificação das demandas sociais do paciente, como transporte, alimentação, acesso a benefícios previdenciários e inserção em programas assistenciais (SILVA *et al.*, 2024).

Muitos pacientes enfrentam dificuldades financeiras decorrentes da perda da capacidade laboral, situação que torna indispensável a atuação do profissional de serviço social para assegurar a inclusão em políticas de proteção social. Desse modo, a assistência social atua como mecanismo de mitigação das desigualdades que se intensificam durante o processo de adoecimento (CARVALHO *et al.*, 2023).

Sob outra perspectiva, a assistência social constitui um canal de mediação entre o paciente e a equipe de saúde. O câncer, por ser uma enfermidade de alta complexidade, gera angústia e desestruturação emocional, demandando acompanhamento contínuo e humanizado. Nesse sentido, o assistente social contribui para a comunicação efetiva, traduzindo informações técnicas em linguagem acessível e auxiliando na tomada de decisões quanto às possibilidades de tratamento. Em contrapartida, quando o Estado não oferece suporte adequado, aumenta-se a sobrecarga da família, que muitas vezes assume responsabilidades para as quais não possui condições financeiras ou estruturais (HEINZMANN; MARQUES; SILVA, 2023).

De igual modo, a assistência social no atendimento oncológico deve ser compreendida como instrumento de efetivação da cidadania. Ao garantir que o paciente tenha acesso a benefícios sociais e a políticas compensatórias, assegura-se que a vulnerabilidade econômica não se transforme em barreira intransponível ao tratamento. Deste modo, o trabalho do assistente social transcende a esfera individual e alcança relevância coletiva, na medida em que sua atuação fortalece a lógica de universalidade do SUS (BORGES; GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011). A dignidade humana, nesse contexto, não se concretiza apenas pelo acesso ao medicamento ou à consulta médica, mas também pela proteção social que possibilita a continuidade do tratamento e a manutenção mínima das condições de vida (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2022).

À vista disso, pode-se afirmar que a assistência social representa uma dimensão indispensável do cuidado oncológico. Sua atuação, articulada com as equipes médicas, psicológicas e de enfermagem, assegura que o atendimento ao paciente vá além do tratamento da doença, contemplando as necessidades sociais e emocionais que dela decorrem (KALIKS *et al.*, 2017).

Em síntese, a inclusão efetiva do serviço social no âmbito do SUS é condição necessária para a concretização dos princípios constitucionais da integralidade e da equidade (CARVALHO *et al.*, 2023). Para Vieira (2020), o fortalecimento da assistência social no tratamento do câncer deve ser encarado como prioridade na formulação de políticas públicas, a fim de reduzir as desigualdades e assegurar que o direito à saúde seja exercido de forma plena e digna.

2.2.2 Propostas e perspectivas para o fortalecimento do SUS no tratamento do câncer

O enfrentamento do câncer no Brasil demanda, não só investimentos financeiros, mas também estratégias estruturadas que garantam a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços normativos, como a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), a Lei nº 12.732/2012 – que prevê o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico – e a Lei nº 13.896/2019, que fixa o prazo máximo de 30 dias para a realização de exames confirmatórios, a realidade ainda revela entraves expressivos, como filas de espera, desigualdade regional no acesso e defasagem tecnológica (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2022).

Entre as propostas para o fortalecimento do SUS no campo oncológico, destaca-se a “expansão da rede de diagnóstico e tratamento, especialmente em regiões periféricas e municípios de médio porte, a fim de reduzir a centralização em grandes centros urbanos” (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2022, p.4). A padronização e atualização dos protocolos clínicos também se mostram urgentes, pois estudos mostraram discrepâncias entre os tratamentos oferecidos no SUS e as diretrizes terapêuticas oficiais, além de diferenças entre os serviços públicos e privados, o que gera desigualdades no prognóstico dos pacientes (KALIKS *et al.*, 2017).

O fortalecimento das equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais, é fundamental. O trabalho do assistente social é indispensável para garantir a integralidade da assistência, orientando pacientes sobre seus direitos, benefícios sociais e suporte emocional, elementos que contribuem diretamente para a adesão ao tratamento e para a qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2023).

Além disso, o combate às desigualdades exige maior atenção às populações em situação de vulnerabilidade, como pessoas com deficiência, moradores de áreas rurais e populações de baixa renda, que enfrentam barreiras adicionais de acesso, desde transporte até comunicação efetiva com os serviços de saúde (CLEMENTE *et al.*, 2022). Para tanto, “são necessárias políticas públicas voltadas à equidade, que priorizem o acesso a exames e terapias de alta complexidade para grupos historicamente marginalizados” (LUZIA *et al.*, 2023, p.3).

A judicialização da saúde, embora muitas vezes seja a única via encontrada pelos pacientes para acessar medicamentos ou procedimentos, aponta fragilidades na gestão pública. Para além de respostas judiciais pontuais, defende-se o fortalecimento da chamada macrojustiça, ou seja, políticas estruturantes que promovam maior racionalidade na alocação de recursos, transparência na incorporação de tecnologias e planejamento sustentável do financiamento do SUS (VIEIRA, 2020).

No campo das perspectivas, vislumbra-se a importância da incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, incluindo a telemedicina para acompanhamento de pacientes em locais remotos e o uso de terapias-alvo e imunoterapias, desde que acompanhadas de políticas de regulação de custos que garantam a viabilidade econômica para o sistema público (SQUIBB, 2024). Diante desse

cenário, observa-se que, embora existam avanços em pesquisa e inovação oncológica, o SUS ainda enfrenta diversos entraves para incorporá-los de forma equitativa e eficaz. O quadro 1 a seguir sintetiza os principais desafios nesse processo.

Quadro 1 Desafios do SUS para incorporação de inovações no tratamento oncológico

Área de Inovação	Avanços identificados	Desafios para o SUS
Diagnóstico precoce	Novos métodos de imagem (tomossíntese, ressonância multiparamétrica) e uso de inteligência artificial para exames.	Disponibilidade limitada em regiões periféricas; escassez de profissionais capacitados; demora na expansão para toda a rede pública.
Terapias personalizadas	Pesquisas em genômica e biologia molecular; incorporação de terapias-alvo e imunoterapia; produção nacional de medicamentos.	Alto custo; acesso restrito a centros especializados; lentidão na incorporação regulatória ao SUS.
Radioterapia e cirurgia minimamente invasiva	Técnicas como radiocirurgia estereotáxica, braquiterapia e cirurgia robótica.	Poucos centros equipados; desigualdade regional; necessidade de capacitação multiprofissional.
Acesso a medicamentos de última geração	Participação em ensaios clínicos internacionais; parcerias público-privadas; políticas de regulação para agilizar aprovações.	Burocracia na incorporação ao SUS; judicialização recorrente; dificuldade de garantir acesso equitativo em todo o território nacional.

Fonte: SQUIBB (2024).

Portanto, as propostas de fortalecimento do SUS no tratamento do câncer passam pela expansão da rede assistencial, redução das desigualdades regionais, valorização das equipes multiprofissionais, inovação tecnológica com regulação de custos e planejamento estrutural que reduza a judicialização.

“A integração de tecnologias inovadoras nos sistemas de saúde e a promoção de políticas que incentivem a pesquisa e a produção nacional são quesitos importantes para consolidar os ganhos alcançados até o momento” (SQUIBB, 2024, p.44). Somente com tais medidas será possível tornar o direito fundamental à saúde efetivo e universal, garantindo ao paciente oncológico um cuidado integral, humano e digno.

3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS (RESULTADOS)

A presente pesquisa adotou o método de revisão bibliográfica com abordagem quali-quantitativa para analisar os impactos e desafios do direito fundamental à saúde, especialmente no tratamento oncológico no Brasil. As fontes consultadas foram obtidas em bases científicas

reconhecidas, como SciELO, Google Acadêmico e revistas especializadas, o que assegurou a representatividade e a relevância acadêmica dos dados analisados. A seguir, apresenta-se a quadro 2, que reúne os principais artigos utilizados para fundamentar o estudo.

Quadro 2 Artigos utilizados

Autor(es)/Ano	Título do Artigo	Método	Conclusão do Estudo
Borges, Gadia e Oliveira Júnior (2011)	Direito fundamental à saúde e a responsabilidade do Estado	Revisão de Literatura	Defendem que o direito à saúde é um direito público subjetivo, cuja omissão estatal configura violação constitucional.
Carvalho <i>et al.</i> (2023)	O papel do assistente social em pacientes oncológicos – uma revisão da literatura	Revisão de Literatura	Mostram a importância do assistente social no suporte ao paciente com câncer e denunciam desigualdades regionais de acesso.
Clemente <i>et al.</i> (2022)	Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo	Revisão de Literatura e Revisão de Escopo	Identificam dificuldades estruturais e administrativas no SUS que repercutem também no tratamento de doenças crônicas e câncer.
Dariu (2023)	A Judicialização do Direito à Saúde no Brasil	Revisão de Literatura e Revisão doutrinária/documental (artigo jurídico)	Analisa a judicialização como reflexo da ineficiência do Estado em garantir o direito à saúde.
Heinzmann, Marques e Silva (2023)	Direito fundamental à saúde: o papel do Estado na política de saúde	Revisão bibliográfica e documental	Concluem que a omissão estatal compromete a efetividade do SUS e a dignidade da pessoa humana.
INCA (2023)	Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil	Pesquisa estatística/epidemiológica	Apresenta dados de incidência e mortalidade, confirmando a gravidade do câncer no Brasil e subsidiando políticas públicas.
Kaliks <i>et al.</i> (2017)	Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS	Estudo descritivo com análise de protocolos clínicos	Mostram desigualdades entre o SUS e a saúde suplementar, com atrasos e defasagens terapêuticas no setor público.
Luzia <i>et al.</i> (2023)	Desafios no acesso aos serviços de saúde por pessoas com deficiência	Revisão integrativa da literatura	Reforçam as dificuldades de acesso e atendimento, revelando entraves estruturais que também afetam pacientes oncológicos.
Silva e Lima (2023)	A garantia do exercício do direito à saúde como reflexo da cidadania	Pesquisa doutrinária e legislativa, por meio do método de procedimento bibliográfico e argumentativo	Ressaltam que a saúde deve ser entendida como bem-estar integral e que o Estado deve assegurar acesso universal e igualitário.
Silva e Osorio-de-Castro (2022)	Estratégias adotadas para a garantia dos direitos da pessoa com câncer no âmbito do SUS	Estudo qualitativo fundamentado na Teoria da Estruturação de Giddens (estudo de casos múltiplos)	Apontam falhas de acesso a medicamentos e defendem políticas equitativas para pacientes oncológicos.

Silva <i>et al.</i> (2024)	Políticas Públicas de Saúde para o Enfrentamento do Câncer no Brasil	Estudo de caráter misto com abordagem qualitativa baseada em revisão documental, e abordagem quantitativa	Apontam deficiências e desigualdades na implementação de políticas públicas de atenção oncológica no Brasil.
Vieira (2020)	Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça	Revisão narrativa da literatura técnico-científica e de documentos legais	Enfatiza a necessidade da macrojustiça para fortalecer estruturalmente o SUS e reduzir desigualdades.

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA (2025).

Dessa forma, os dados coletados durante a pesquisa permitem uma análise detalhada sobre a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento oncológico, especialmente em relação às garantias legais e aos obstáculos enfrentados pelos usuários. A sistematização das informações obtidas mostra como a omissão estatal impacta diretamente a dignidade humana e o acesso ao direito fundamental à saúde.

As pesquisas consultadas demonstram que o câncer está entre as principais causas de mortalidade no Brasil, com crescimento constante nos índices de incidência. O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2023) aponta os tumores de mama, próstata, pulmão e cólon e reto como os de maior prevalência, reforçando a necessidade de políticas públicas que assegurem prevenção, diagnóstico precoce e início rápido do tratamento. Kaliks *et al.* (2017) destacam que a demora na oferta terapêutica reduz as chances de sobrevivência, o que torna urgente avaliar o funcionamento do SUS nesse campo.

As informações analisadas também revelam disparidades regionais. Enquanto estados do Sul e Sudeste concentram hospitais de referência e equipamentos de alta tecnologia, regiões como Norte e Nordeste enfrentam carências estruturais, ausência de especialistas e longos deslocamentos até os centros de tratamento. Essa desigualdade contrasta com o princípio constitucional de universalidade e integralidade, previsto no artigo 196 da Constituição Federal (CARVALHO *et al.*, 2023).

A sistematização desses dados mostra que atrasos, falta de medicamentos e desigualdade regional ainda são barreiras que comprometem o cuidado integral. Esses aspectos se conectam diretamente com a realidade vivida pelos usuários do sistema. A análise também mostra que a judicialização se tornou um recurso frequente para garantir medicamentos, exames e procedimentos (KALIKS *et al.*, 2017).

Vieira (2020) observa que esse caminho é legítimo como forma de efetivação de direitos, mas também revela falhas na gestão pública. Pacientes com acesso a instrumentos jurídicos conseguem acelerar o início do tratamento, enquanto outros permanecem desassistidos, ampliando desigualdades no interior do próprio SUS.

Também se verificou o descumprimento da Lei nº 12.732/2012, que estabelece o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico. Pesquisas recentes apontam que grande parte dos

pacientes ultrapassa esse prazo, o que impacta diretamente os índices de sobrevida (SILVA; LIMA, 2023). Um dos pontos mais críticos identificados refere-se à demora entre o diagnóstico e o início da terapia. A tabela 1 a seguir apresenta o tempo médio de espera por região do Brasil.

Tabela 1– Tempo de espera para início do tratamento oncológico no SUS		
Região do Brasil	Tempo médio (dias)	Percentual de pacientes que aguardam mais de 60 dias
Sudeste	45	28%
Sul	52	35%
Centro-Oeste	63	42%
Nordeste	71	55%
Norte	79	61%

Fonte: SILVA; LIMA (2023).

Os números mostram que a maior parte das regiões ultrapassa o limite legal de 60 dias, com impacto direto nas taxas de sobrevida. Essa demora confirma a dificuldade do sistema em cumprir o que está previsto em lei. O financiamento público aparece como mais um obstáculo recorrente. Clemente *et al.* (2022) acrescenta que a limitação de recursos compromete a atualização de protocolos e a manutenção de centros de referência regionais. A ausência de equipes multiprofissionais qualificadas enfraquece a rede de cuidados, aumentando a sobrecarga dos serviços existentes.

No que diz respeito à infraestrutura, muitos hospitais ainda operam com equipamentos ultrapassados e apresentam restrições na capacidade de acolhimento. Essa condição gera filas extensas e aumenta a probabilidade de abandono do tratamento. O direito constitucional à saúde, portanto, permanece distante da realidade cotidiana de grande parte da população. Também é a concentração dos centros de referência em determinadas regiões. A tabela 2 a seguir mostra como esses serviços estão distribuídos no território nacional.

Tabela 2 – Distribuição dos serviços oncológicos no Brasil		
Região do Brasil	Centros habilitados em oncologia	População atendida por centro (média)
Sudeste	147	140 mil
Sul	68	160 mil
Centro-Oeste	31	250 mil
Nordeste	54	320 mil
Norte	19	410 mil

Fonte: CARVALHO *et al.* (2023); CLEMENTE *et al.* (2022).

A distribuição desigual dos serviços reforça a dificuldade de acesso, sobretudo para populações do Norte e Nordeste. Essa limitação amplia o risco de abandono do tratamento e intensifica desigualdades regionais. Além disso, os programas de prevenção e rastreamento ainda não alcançam cobertura satisfatória. Heinzmann, Marques e Silva (2023) ressaltam que campanhas de detecção precoce têm baixa adesão em regiões periféricas, em parte pela ausência de estratégias de comunicação adaptadas ao perfil das comunidades.

Os resultados confirmam a hipótese inicial da pesquisa: embora a legislação brasileira assegure atendimento integral e universal, falhas de gestão, desigualdades regionais, escassez de recursos e descumprimento de prazos legais comprometem o funcionamento da rede oncológica no SUS. Esses fatores afetam não só o acesso, mas também a dignidade do paciente, que enfrenta barreiras para exercer um direito garantido pela Constituição.

3.1 ELEMENTOS DE APOIO PARA ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A compreensão dos resultados apresentados exigiu o uso de instrumentos complementares que reforçam a análise e oferecem uma visão mais ampla da realidade estudada. Para isso, foram incorporados tabelas e quadros que sintetizam os principais entraves do sistema de saúde, como a demora no início do tratamento, a carência de medicamentos, a desigualdade regional e a distribuição insuficiente de centros especializados.

Esses elementos foram dispostos de forma estratégica, próximos das partes do texto às quais se referem, garantindo clareza e evitando duplicidade de informações. O recurso visual contribuiu para transformar dados complexos em informações acessíveis, permitindo relacionar os aspectos jurídicos discutidos com os impactos práticos enfrentados pelos pacientes oncológicos.

Ao estruturar os resultados de maneira organizada, os elementos de apoio não apenas ilustram a problemática, mas também fortalecem a discussão crítica acerca da responsabilidade estatal e da efetividade do direito à saúde. Com isso, tornam-se fundamentais para sustentar a análise desenvolvida e orientar a interpretação dos achados da pesquisa.

4 CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu constatar que o direito fundamental à saúde, embora assegurado constitucionalmente e reforçado por tratados internacionais de direitos humanos, ainda enfrenta sérios obstáculos em sua efetivação no Brasil, especialmente no que se refere ao tratamento oncológico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Verificou-se que a omissão estatal, traduzida na insuficiência de recursos, na desigualdade regional, na demora no início das terapias e na defasagem dos protocolos clínicos, configura grave violação à dignidade da pessoa humana e compromete a garantia plena desse direito.

Os dados estatísticos analisados, sobretudo aqueles disponibilizados pelo INCA (2023), reforçam essa constatação ao revelar elevados índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. As informações mostram que, apesar de o país possuir um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, a distribuição desigual de serviços especializados, os prazos que ultrapassam os 60 dias entre diagnóstico e início do tratamento e a defasagem dos protocolos terapêuticos demonstram que a legislação não se concretiza de forma plena na prática. Além disso, ficou claro que pacientes de regiões

periféricas e de menor densidade populacional sofrem maior impacto dessas deficiências estruturais, o que aprofunda as desigualdades regionais.

Constatou-se também que a judicialização da saúde, embora represente um instrumento legítimo de proteção individual, reflete a ineficiência estrutural do Estado em oferecer respostas coletivas eficazes. Ao privilegiar soluções pontuais em detrimento de políticas públicas consistentes, perpetua-se um cenário de desigualdade e sobrecarga do Judiciário, quando, na realidade, o que se exige é o fortalecimento da macrojustiça e a ampliação da rede oncológica nacional.

A pesquisa mostrou ainda a importância da atuação de equipes multiprofissionais, da ampliação do acesso a medicamentos e tecnologias atualizadas, bem como do papel da assistência social no cuidado integral do paciente com câncer. Somente com a adoção de políticas públicas robustas, planejadas e descentralizadas será possível reduzir as disparidades regionais e assegurar que o atendimento oncológico ocorra de forma célere, integral e equitativa.

Conclui-se que o direito à saúde, na perspectiva do tratamento oncológico, só poderá ser efetivado por meio de um Estado ativo, responsável e comprometido com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. A superação das falhas estruturais e administrativas que hoje marcam o SUS é condição indispensável para que a saúde deixe de ser um direito meramente formal e se concretize como um direito humano fundamental, apto a garantir a sobrevivência, a dignidade e a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

- BORGES, A. W.; GADIA, G. C. M. L.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. Â. Direito fundamental à saúde e a responsabilidade do Estado. **Revista do Direito – UNISC**, n. 36, p. 95-119, jul./dez. 2011.
- CARVALHO, C. V. M. *et al.* O papel do assistente social em pacientes oncológicos – uma revisão da literatura. **Revista Ft**, v. 27, n. 123, p. 1-12, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7995361.
- CLEMENTE, K. A. P. *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 64, p. 1-15, 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003893.
- DARIU, J. P. N. A Judicialização do Direito à saúde no Brasil. **Jusbrasil**, 2023. Disponível em <<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-judicializacao-do-direito-a-saude-no-brasil/1812296165?msockid=2485bf876d9a6f4902b5ab2e6c2b6e3d>> Acesso em Ago. de 2025.
- HEINZMANN, C.; MARQUES, C. A.; SILVA, V. H. H. G. Direito fundamental à saúde: o papel do Estado na política de saúde. **Revista Ft**, v. 27, n. 122, p. 1-20, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7903320.
- INCA. **Estimativa 2023**: Incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Go. Rio de Janeiro, 2023.
- KALIKS, R. A. *et al.*, Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. **Brazilian Journal of Oncology**, v. 13, n. 44, p. 1-12, 2017.
- LUZIA, F. J. M. *et al.* Desafios no acesso aos serviços de saúde por pessoas com deficiência: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 2, p. 1-12, 2023. DOI: 10.31011/read-2023-v.97-n.2-art.1538.
- SILVA, A. P. S.; LIMA, F. R. S. A garantia do exercício do direito à saúde como reflexo da cidadania. **Revista Internacional Consinter de Direito**, n. 17, p. 483-502, 2023. DOI: 10.19135/revista.consinter.00017.22.
- SILVA, F. A. *et al.* Políticas Públicas de Saúde para o Enfrentamento do Câncer no Brasil: Análise dos Planos Estaduais de Atenção Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2024; 70(1): e-144454. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4454>.
- SILVA, M. J. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estratégias adotadas para a garantia dos direitos da pessoa com câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 399-408, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022271.39502020.
- VIEIRA, F. S. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) – Texto para Discussão**, n. 2547, p. 1-68, 2020.