

**CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO SUS: AVANÇOS
INSTITUCIONAIS DA PORTARIA 6.590/2025 NA NOVA POLÍTICA NACIONAL
DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER**

**COMPREHENSIVE CARE FOR ONCOLOGICAL PATIENTS IN THE SUS:
INSTITUTIONAL ADVANCES OF ORDINANCE 6,590/2025 IN THE NEW NATIONAL
POLICY FOR CANCER PREVENTION AND CONTROL**

**ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SUS: AVANCES
INSTITUCIONALES DE LA ORDENANZA 6.590/2025 EN LA NUEVA POLÍTICA
NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n7-020>

Data de submissão: 02/06/2025

Data de publicação: 02/07/2025

João Bruno Melo Moreira

Mestre em Ciências da Saúde

Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul/Tubarão)

Tabatinga, Amazonas – Brasil.

E-mail: j.brunomelo26@gmail.com

Luís Vicente Ferreira

Doutor em Ciências Sociais, Antropologia e Educação.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

São Vicente, São Paulo – Brasil.

E-mail: professorluisvicente@gmail.com

Enes Buck Mutiua Cantala Xavier

Doutorando em Biotecnologia em Saúde

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Vitória, Espírito Santo – Brasil.

E-mail: enesbuckxavier@gmail.com

Deise Maria do Nascimento Sousa

Doutora em Enfermagem

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Fortaleza, Ceará – Brasil.

E-mail: deisemnsousa@gmail.com

Joana Pscheidt

Graduada em Medicina

Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)

Joaçaba, Santa Catarina – Brasil.

joanapscheidt@gmail.com

João Luiz Quirino da Silva Filho

Doutor em Inovação Terapêutica.

Faculdade Medicina do Sertão (FMS)

Serra Talhada, Pernambuco – Brasil.

E-mail: quirino.joaoluz@gmail.com

Daniele Priscila da Silva Fardin de Assunção

Doutora em Ciências Farmacêuticas

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Ponta Grossa, Paraná – Brasil.

E-mail: danisfardin@hotmail.com

Thiago Cesar Gomes da Silva

Especialista em Urgência, Emergência e UTI.

Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA)

Recife, Pernambuco – Brasil.

E-mail: thiagocesarenfermagem@gmail.com

Thalles Yuri Loiola Vasconcelos

Mestre em Biotecnologia

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Sobral, Ceará – Brasil.

E-mail: yuriloiola@gmail.com

Deivid dos Santos Dias

Mestrando em Energia e Ambiente/Processos Químicos

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Chorozinho, Ceará – Brasil.

E-mail: deivid.dias@aluno.unilab.edu.br

Alexandre Paes de Oliveira

Especialista em Urgência e Emergência e Enfermagem do Trabalho.

FACULESTE

Coari, Amazonas – Brasil.

E-mail: enf.alexandrepaes@gmail.com

Rodolpho Carvalho Leite

Doutor em Física da Matéria Condensada Experimental

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí (IFPI/Campus Oeiras).

Oeiras, Piauí – Brasil.

E-mail: rodolpho.leite@ifpi.edu.br

Lara Patrícia de Lima Cavalcante

Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde

Universidade de Brasília (UnB)

Teresina - Piauí - Brasil

E-mail: larapatricia2@gmail.com

Regiane Rodrigues Peixoto Macedo
Mestranda em Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Tocantins (UFT)
Palmas, Tocantins – Brasil.
E-mail: regianepeixoto51@gmail.com

Diego Oliveira Brito
Graduado em Medicina Psiquiátrica/Residência Psiquiatria
Hospital Público Regional de Betim
Betim, Minas Gerais – Brasil.
E-mail: psiquiatra.diegobrito@gmail.com

Amanda Cristina da Silva Baía Lira
Graduanda em Nutrição
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Curitiba, Paraná – Brasil.
E-mail: amandalira100@gmail.com

Bruna Ligia de Carvalho Alves
Graduada em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Natal, Rio Grande do Norte – Brasil.
E-mail: brunaalvesrn@gmail.com

RESUMO

O câncer constitui uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, impondo desafios complexos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e evidenciando desigualdades persistentes no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno. Em resposta a essa realidade, foi publicada em fevereiro de 2025 a Portaria GM/MS nº 6.590, que regulamenta a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), instituindo diretrizes inovadoras para reestruturar a atenção oncológica no país. Assim, este estudo tem como objeto realizar uma análise compreensiva dos avanços institucionais e das proposições estratégicas introduzidas pela regulamentação da PNPCC no SUS, com ênfase nas mudanças normativas, na organização das redes de cuidado e na estruturação dos fluxos assistenciais e regulatórios previstos pela nova política. O objetivo geral é examinar de maneira crítica e exploratória os principais componentes e diretrizes da PNPCC e da Portaria GM/MS nº 6.590/2025, identificando potencialidades, pressupostos e desafios para sua implementação em diferentes contextos regionais e níveis de atenção. Entre os objetivos específicos, destacam-se mapear e descrever os eixos estratégicos da política, discutir os instrumentos normativos que orientam a reorganização dos serviços oncológicos e analisar perspectivas futuras de operacionalização, monitoramento e avaliação dos seus efeitos no cuidado oncológico integral. A pergunta de pesquisa que orienta este trabalho é: quais avanços conceituais, normativos e organizativos a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e sua regulamentação introduzem no âmbito do SUS e que desafios podem ser antecipados para a efetivação de um modelo de cuidado oncológico integral, contínuo e equitativo no Brasil? Para isso, fizemos uso central da Portaria GM/MS nº 6.590 e da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), bem como os trabalhos da American Cancer Society (2008, 2009, 2011, 2012), American Institute for Cancer Research (2007), Bozzone (2007), Carolyn Compton (2020), DeVita, Lawrence e Rosenberg (2021), Donna M. Bozzone (2007), Fregnani (2023), Krieger (2011, 2021), Marmot (2003), Mukherjee (2010, 2016), Pereira (2017), Robert C. Jackson (2023), Schottenfeld e Fraumeni (2006), Scientific American (2004), Sloan e

Gelband (2006), Stewart e Wild (2003, 2014), Varmus (2010), World Health Organization (2006), entre outros. A pesquisa é de cunho qualitativa (Minayo, 2007), bibliográfica e descritivo (Gil, 2007) e com o viés analítico compreensivo (Weber, 1949). Os achados desta pesquisa evidenciam que a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e sua regulamentação introduzem avanços normativos expressivos, como a definição clara de prazos assistenciais, parâmetros de qualidade e mecanismos de monitoramento transparente. Além disso, a política reafirma a centralidade do cuidado integral e contínuo, articulando prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em redes regionalizadas. Observou-se, contudo, que desafios estruturais persistem, sobretudo relacionados ao financiamento sustentável, à desigualdade de capacidades gestoras e à necessidade de pactuação federativa efetiva. Assim, a implementação exitosa dependerá do compromisso coletivo em transformar diretrizes legais em práticas concretas que promovam equidade e dignidade no cuidado oncológico.

Palavras-chave: Câncer. Sistema Único de Saúde. Política Pública. Cuidado Integral.

ABSTRACT

Cancer is one of the leading causes of morbidity and mortality in Brazil, posing complex challenges to the Unified Health System (SUS) and highlighting persistent inequalities in access to early diagnosis and timely treatment. In response to this reality, Ordinance GM/MS No. 6,590 was published in February 2025, regulating the new National Policy for Cancer Prevention and Control (PNPCC), establishing innovative guidelines to restructure oncological care in the country. Thus, this study aims to carry out a comprehensive analysis of the institutional advances and strategic proposals introduced by the regulation of the PNPCC within SUS, with an emphasis on normative changes, the organization of care networks, and the structuring of assistance and regulatory flows provided for in the new policy. The general objective is to critically and exploratorily examine the main components and guidelines of the PNPCC and Ordinance GM/MS No. 6,590/2025, identifying potentialities, assumptions, and challenges for their implementation in different regional contexts and levels of care. Among the specific objectives are mapping and describing the strategic axes of the policy, discussing the normative instruments guiding the reorganization of oncological services, and analyzing future perspectives for the operationalization, monitoring, and evaluation of its effects on comprehensive cancer care. The research question guiding this work is: what conceptual, normative, and organizational advances does the new National Policy for Cancer Prevention and Control and its regulation introduce within SUS, and what challenges can be anticipated for the implementation of a model of comprehensive, continuous, and equitable oncological care in Brazil? To this end, we relied centrally on Ordinance GM/MS No. 6,590 and the new National Policy for Cancer Prevention and Control (PNPCC), as well as the works of the American Cancer Society (2008, 2009, 2011, 2012), American Institute for Cancer Research (2007), Bozzone (2007), Carolyn Compton (2020), DeVita, Lawrence and Rosenberg (2021), Donna M. Bozzone (2007), Fregnani (2023), Krieger (2011, 2021), Marmot (2003), Mukherjee (2010, 2016), Pereira (2017), Robert C. Jackson (2023), Schottenfeld and Fraumeni (2006), Scientific American (2004), Sloan and Gelband (2006), Stewart and Wild (2003, 2014), Varmus (2010), World Health Organization (2006), among others. This research is qualitative in nature (Minayo, 2007), bibliographic and descriptive (Gil, 2007), with a comprehensive analytical approach (Weber, 1949). The findings of this study show that the new National Policy for Cancer Prevention and Control and its regulation introduce significant normative advances, such as the clear definition of care deadlines, quality parameters, and transparent monitoring mechanisms. Furthermore, the policy reaffirms the centrality of comprehensive and continuous care, integrating prevention, diagnosis, treatment, and rehabilitation in regionalized networks. However, structural challenges persist, especially related to sustainable financing, inequalities in management capacities, and the need for effective federal agreements. Therefore, successful implementation will depend on

collective commitment to transform legal guidelines into concrete practices that promote equity and dignity in cancer care.

Keywords: Cancer. Unified Health System. Public Policy. Comprehensive Care.

RESUMEN

El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad en Brasil, imponiendo desafíos complejos al Sistema Único de Salud (SUS) y evidenciando desigualdades persistentes en el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno. En respuesta a esta realidad, en febrero de 2025 se publicó la Portaría GM/MS nº 6.590, que reglamenta la nueva Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC), estableciendo directrices innovadoras para reestructurar la atención oncológica en el país. Así, este estudio tiene como objetivo realizar un análisis comprensivo de los avances institucionales y de las propuestas estratégicas introducidas por la reglamentación de la PNPCC en el SUS, con énfasis en los cambios normativos, la organización de las redes de atención y la estructuración de los flujos asistenciales y regulatorios previstos en la nueva política. El objetivo general es examinar de manera crítica y exploratoria los principales componentes y directrices de la PNPCC y de la Portaría GM/MS nº 6.590/2025, identificando potencialidades, supuestos y desafíos para su implementación en diferentes contextos regionales y niveles de atención. Entre los objetivos específicos se destacan mapear y describir los ejes estratégicos de la política, discutir los instrumentos normativos que orientan la reorganización de los servicios oncológicos y analizar perspectivas futuras de operacionalización, monitoreo y evaluación de sus efectos en la atención oncológica integral. La pregunta de investigación que orienta este trabajo es: ¿qué avances conceptuales, normativos y organizativos introduce la nueva Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer y su reglamentación en el ámbito del SUS y qué desafíos pueden anticiparse para la efectivización de un modelo de atención oncológica integral, continua y equitativa en Brasil? Para ello, se utilizó como base central la Portaría GM/MS nº 6.590 y la nueva Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC), así como los trabajos de la American Cancer Society (2008, 2009, 2011, 2012), American Institute for Cancer Research (2007), Bozzone (2007), Carolyn Compton (2020), DeVita, Lawrence y Rosenberg (2021), Donna M. Bozzone (2007), Fregnani (2023), Krieger (2011, 2021), Marmot (2003), Mukherjee (2010, 2016), Pereira (2017), Robert C. Jackson (2023), Schottenfeld y Fraumeni (2006), Scientific American (2004), Sloan y Gelband (2006), Stewart y Wild (2003, 2014), Varmus (2010), World Health Organization (2006), entre otros. La investigación es de carácter cualitativo (Minayo, 2007), bibliográfica y descriptiva (Gil, 2007), con enfoque analítico comprensivo (Weber, 1949). Los hallazgos evidencian que la nueva Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer y su reglamentación introducen avances normativos significativos, como la definición clara de plazos asistenciales, parámetros de calidad y mecanismos de monitoreo transparente. Además, la política reafirma la centralidad del cuidado integral y continuo, articulando prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en redes regionalizadas. Sin embargo, persisten desafíos estructurales, especialmente relacionados con el financiamiento sostenible, la desigualdad en capacidades de gestión y la necesidad de una efectiva pactación federativa. Así, su implementación exitosa dependerá del compromiso colectivo en transformar las directrices legales en prácticas concretas que promuevan equidad y dignidad en la atención oncológica.

Palabras clave: Cáncer. Sistema Único de Salud. Política Pública. Atención Integral.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CUIDADO ONCOLÓGICO NO BRASIL: AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Ao analisarmos o panorama contemporâneo da oncologia, percebe-se que o câncer figura entre as principais causas de morte e doença crônica no mundo, acarretando consequências que extrapolam o âmbito biomédico e atingem profundamente a vida social, econômica e psicológica de milhões de pessoas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), somente no ano de 2020, o câncer foi responsável por aproximadamente 10 milhões de óbitos globais, com projeções que indicam aumento contínuo desse número nas próximas décadas, impulsionado pelo envelhecimento populacional e pela transição epidemiológica. Em consequência disso, observa-se que a magnitude dessa carga não recai de forma igualitária entre países e classes sociais, mas, ao contrário, intensifica vulnerabilidades históricas, expondo as barreiras no acesso à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno. Conforme Robert C. Jackson (2023, p. 15), “[...] as disparidades regionais e socioeconômicas determinam não só quem adoece, mas, sobretudo, quem tem a possibilidade real de sobreviver e reintegrar-se à vida produtiva”. Do mesmo modo, Mukherjee (2010, p. 87) observa que “[...] ao longo da história, o câncer não apenas desafiou a ciência, mas também expôs a brutalidade das desigualdades humanas, tornando-se um espelho das assimetrias de poder e de acesso ao cuidado”. Assim, vale destacar que compreender essa realidade é o primeiro passo para consolidar políticas que articulem prevenção, detecção precoce e suporte integral aos pacientes em todas as fases da doença.

[...] as desigualdades na incidência, na mortalidade e na sobrevida ao câncer não podem ser interpretadas unicamente como resultados inevitáveis de fatores biológicos ou escolhas individuais. Elas são, em grande medida, expressão de condições estruturais que incluem acesso desigual a diagnósticos oportunos, terapias adequadas, redes de apoio social e condições dignas de trabalho e moradia. Ao considerarmos a história natural do câncer, torna-se evidente que políticas públicas de saúde, programas de prevenção e sistemas de cuidado integral desempenham um papel determinante na forma como diferentes populações vivenciam a doença e suas consequências. Negar essa dimensão social é perpetuar injustiças que se acumulam ao longo de gerações¹ (Krieger, 2011, p. 145).

Por isso, ao observarmos os dados mais recentes sobre incidência e mortalidade por câncer, torna-se evidente que esta doença se consolidou como uma das maiores ameaças à saúde pública global, repercutindo em números alarmantes e em desafios crescentes para os sistemas de atenção. A título de ilustração, o World Cancer Report² aponta que, em 2012, ocorreram cerca de 14 milhões de

¹ Tradução nossa.

² O World Cancer Report 2014, publicado pela International Agency for Research on Cancer (IARC), é um dos documentos mais abrangentes sobre a situação global do câncer, reunindo evidências científicas sobre a incidência, os fatores de risco, a prevenção, o diagnóstico e as estratégias de controle da doença. A obra destaca que o câncer se tornou

novos casos em todo o mundo, e esse número subiu para aproximadamente 19,3 milhões em 2020, com projeções que podem ultrapassar 28 milhões até 2040. No Brasil, conforme dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa para o triênio 2023-2025 é de mais de 700 mil novos casos anuais, com destaque para o câncer de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago. Nancy Krieger (2011, p. 42) afirma: “[...] a distribuição das doenças crônicas, entre elas o câncer, está profundamente entrelaçada com processos sociais que moldam oportunidades de vida, determinando quem será mais exposto aos fatores de risco e quem terá maior chance de morrer precocemente”. De igual maneira, Stewart e Wild (2014, p. 19) esclarecem que “[...] os dados globais de incidência e mortalidade revelam um aumento progressivo da carga oncológica, sobretudo em países de renda média e baixa, onde as políticas de rastreamento, prevenção e tratamento encontram obstáculos estruturais e financeiros severos”. Assim, esses indicadores não apenas dimensionam o problema, mas também reforçam a necessidade de respostas intersetoriais que combinem vigilância epidemiológica, planejamento territorial e estratégias efetivas de redução de desigualdades.

Além disso, é importante destacar que as implicações do câncer transcendem os dados clínicos e epidemiológicos, configurando-se como um fenômeno que afeta intensamente a vida cotidiana dos pacientes, de suas famílias e das comunidades. Desde o momento do diagnóstico, instauram-se sentimentos de medo, incerteza e desamparo, frequentemente agravados pelo estigma³ e pela desinformação sobre a doença e seus tratamentos. Ainda, do ponto de vista econômico, as famílias enfrentam despesas diretas com medicamentos, transporte e exames, assim como custos indiretos relacionados à perda de renda e à necessidade de reorganização do trabalho doméstico e do cuidado de crianças ou idosos. Mukherjee afirma: “[...] o câncer, ao mesmo tempo em que se infiltra no corpo, invade todas as estruturas de proteção social, revelando as fraquezas dos sistemas de apoio e a

uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, com projeções alarmantes que apontam para um aumento de até 75% no número de casos nas próximas duas décadas, sobretudo em países de baixa e média renda. Além de apresentar dados epidemiológicos detalhados por região e tipo de tumor, o relatório enfatiza a importância das ações integradas de prevenção primária, rastreamento e fortalecimento dos sistemas de saúde como caminhos essenciais para conter o avanço da doença. Também evidencia que mais de 50% dos casos poderiam ser evitados com medidas efetivas de controle dos principais fatores de risco, como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e infecções. Nesse sentido, o documento se tornou referência técnica para gestores, profissionais de saúde e pesquisadores comprometidos com políticas públicas que articulem promoção da saúde, redução de desigualdades e inovação tecnológica no enfrentamento do câncer. Ver: International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report 2014*. Edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild. Lyon: IARC, 2014.

³ O momento do diagnóstico do câncer representa, para muitos pacientes, uma experiência de ruptura existencial que desencadeia intensos sentimentos de medo, incerteza e desamparo. Esses sentimentos são frequentemente agravados pelo estigma social que ainda recai sobre a doença, alimentado por concepções fatalistas e pela associação histórica do câncer à ideia de sofrimento prolongado e morte iminente. Além do impacto psicológico direto, o estigma pode comprometer a adesão ao tratamento, gerar isolamento social e aprofundar desigualdades no acesso ao cuidado, especialmente em populações vulneráveis. Reconhecer e enfrentar essas dimensões subjetivas e sociais do câncer é fundamental para assegurar práticas de cuidado mais humanas e integradas, capazes de promover o acolhimento e fortalecer os recursos emocionais e relacionais dos pacientes e de suas famílias. Ver: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

fragilidade das redes comunitárias” (2010, p. 212). De forma complementar, Carolyn Compton (2020) esclarece que “[...] o impacto psicológico do câncer não pode ser dissociado da precariedade socioeconômica, pois a insegurança material agrava quadros de depressão e ansiedade, tornando a jornada de tratamento ainda mais extenuante”. Desse modo, torna-se imprescindível que as políticas públicas considerem essas múltiplas dimensões da experiência oncológica e ampliem as estratégias de cuidado integral, com atenção específica à saúde mental, ao suporte financeiro e ao fortalecimento das redes comunitárias de solidariedade.

Nancy Krieger (2021, p. 78) destaca que “[...] a determinação social das doenças crônicas não é um mero pano de fundo, mas o próprio território onde se configuram desigualdades materiais e simbólicas que modulam a chance de adoecer e morrer”. Dessa forma, é incontornável reconhecer que o câncer, no Brasil, não se distribui de modo homogêneo entre estados, municípios e populações. Com efeito, as regiões Norte e Nordeste, historicamente marcadas por desigualdades estruturais, apresentam maiores barreiras geográficas e logísticas ao acesso a serviços de rastreamento e tratamento especializado, realidade que se agrava em territórios rurais, comunidades indígenas e populações periféricas. Em consequência disso, observa-se que diagnósticos tardios tornam-se mais frequentes nessas áreas, elevando as taxas de mortalidade evitável e aumentando os custos financeiros e humanos do tratamento. Mukherjee observa que “[...] quando o câncer chega a lugares onde a assistência se limita a poucos equipamentos obsoletos e escassos profissionais, a doença se converte em sentença, e não em diagnóstico” (2010, p. 319). Assim, não apenas a localização geográfica, mas também fatores como renda, escolaridade, raça e gênero compõem uma rede de vulnerabilidades que condiciona o direito à saúde, exigindo políticas capazes de integrar regulação, financiamento e fortalecimento das redes de atenção oncológica.

[...] nos países de baixa e média renda, os pacientes com câncer frequentemente enfrentam obstáculos sistêmicos que começam muito antes que qualquer tratamento possa ser oferecido. Estes incluem a ausência de infraestrutura diagnóstica nas áreas rurais, a escassez de especialistas em oncologia treinados e as dificuldades logísticas de transportar pacientes por longas distâncias até centros oncológicos centralizados. Essas barreiras estruturais levam a uma alta proporção de casos diagnosticados em estágio avançado, quando as opções de tratamento curativo são limitadas ou inexistentes. O efeito cumulativo de tais disparidades é que as taxas de sobrevida tornam-se fortemente correlacionadas com a geografia e o status socioeconômico, reforçando desigualdades pré-existentes e perpetuando ciclos de desvantagem⁴ (OMS, 2006, p. 21).

Cabe ressaltar que, no Brasil, o enfrentamento do câncer enquanto problema coletivo começou a ganhar contornos institucionais ainda na primeira metade do século XX, quando a criação do Serviço

⁴ Tradução nossa.

Nacional de Câncer⁵ e a consolidação do Instituto Nacional de Câncer marcaram o início de uma política pública orientada à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. Desde então, a trajetória das políticas oncológicas foi atravessada por períodos de avanços, mas também de grandes lacunas assistenciais, que refletiram os desafios estruturais do sistema de saúde brasileiro. Conforme Pereira (2017, p. 155), “[...] o desenvolvimento de programas de controle do câncer no país esteve sempre condicionado à dinâmica política e econômica, o que resultou em fases de expansão da capacidade instalada e momentos de contenção orçamentária que afetaram a continuidade das ações”. Do mesmo modo, Stewart e Wild (2014, p.102) destacam que “[...] políticas nacionais de câncer devem ser vistas como construções históricas que respondem a contextos epidemiológicos, pressões sociais e inovações tecnológicas, sendo inevitável que carreguem contradições e limites em sua implementação”. Assim, a compreensão desse percurso histórico é essencial para situar a atual Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer como uma resposta que pretende retomar e qualificar a linha de cuidado, incorporando aprendizados acumulados ao longo de décadas.

Por conseguinte, é fundamental recuperar a linha do tempo que antecedeu a atual formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, pois cada ciclo de políticas anteriores contribuiu para sedimentar avanços e também evidenciar lacunas persistentes na atenção oncológica. Por exemplo, a edição da Política Nacional em 2005 representou um marco normativo que buscou consolidar diretrizes para organização da rede assistencial e regulamentar a habilitação dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)⁶ e das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)⁷, visando estruturar fluxos mais claros entre atenção

⁵ O Serviço Nacional de Câncer (SNC), instituído em dezembro de 1941 a partir do Centro de Cancerologia criado por Mário Kroeff, representou um marco na institucionalização do controle do câncer no Brasil. Com apoio do governo Vargas, o SNC consolidou-se como órgão central na formulação e execução de políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento, transformando-se em referência nacional para ações integradas no enfrentamento da doença. A transformação em Instituto Nacional de Câncer (INCA), oficializada em 28 de janeiro de 1961 por meio do Decreto-Lei n.º 50.251, ampliou ainda mais seu escopo, incorporando funções de assistência hospitalar, pesquisa científica, formação de profissionais e vigilância epidemiológica. Esse processo consolidou o INCA como órgão assessor do Ministério da Saúde e como protagonista na articulação de programas nacionais de controle do câncer, reforçando seu papel no Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuindo decisivamente para a estruturação de uma política pública sólida de combate ao câncer. Ver: Instituto Nacional de Câncer. *Consolidação do Instituto Nacional de Câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 1961. (Decreto-Lei n.º 50.251, de 28 de janeiro de 1961).

⁶ O Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) é uma unidade hospitalar habilitada pelo SUS para oferecer atendimento oncológico integral, incluindo diagnóstico, estadiamento, cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hematologia e oncologia clínica, além de suporte multiprofissional como psicologia, nutrição e fisioterapia. Diferentemente das UNACONS, que atendem aos cânceres mais prevalentes, os CACONS estão preparados para tratar todos os tipos de neoplasias, incluindo procedimentos complexos e casos pediátricos. A Portaria nº 140/2014, do Ministério da Saúde, reforça que os CACONS devem oferecer ainda residência multiprofissional em oncologia e seguir protocolos terapêuticos baseados em evidências para garantir a segurança e a qualidade do atendimento. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014*. Estabelece os requisitos para habilitação de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2014.

⁷ O acréscimo da habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no âmbito do SUS significou um avanço importante na descentralização da atenção especializada ao câncer. Essas unidades,

primária, especializada e hospitalar. Ainda assim, diversas análises apontam que a heterogeneidade de implantação entre estados e municípios comprometeu a efetividade esperada desses instrumentos. De acordo com Marmot (2003, p. 49), “[...] a efetividade das políticas oncológicas depende, em grande medida, da capacidade dos sistemas locais de saúde assumirem compromissos de financiamento, qualificação profissional e monitoramento constante de resultados”. Nancy Krieger (2011, p. 123), assevera que “[...] o percurso histórico das políticas públicas de câncer evidencia que regulamentar modelos assistenciais sem articular investimentos sustentáveis e estratégias de redução das desigualdades regionais acaba por reproduzir velhas iniquidades sob novas roupagens”. Dessa forma, o resgate crítico desse percurso revela que as tentativas anteriores, apesar de importantes, não lograram construir uma rede verdadeiramente integrada, o que reforça a necessidade de novas proposições capazes de enfrentar os desafios acumulados.

Não se pode ignorar que, embora as políticas oncológicas anteriores tenham conseguido estabelecer algumas bases normativas e expandir a cobertura assistencial, seus limites estruturais e operacionais se tornaram cada vez mais evidentes com a complexificação da demanda e a pressão por respostas mais resolutivas. Desde então, programas de rastreamento, regulamentações do CACON e UNACON e diretrizes de regionalização contribuíram para a ampliação da capacidade instalada e para a formalização de critérios mínimos de qualidade, mas enfrentaram sucessivos desafios de financiamento, disparidades regionais e descontinuidade na oferta de serviços especializados. Mukherjee (2010, p. 406) enfatiza que “[...] todo sistema que pretenda controlar o câncer em escala populacional precisa aprender com seus próprios erros, reconhecendo que a fragmentação crônica é o caminho mais curto para a ineficiência e o sofrimento evitável”. Do mesmo modo, no entendimento de Sloan e Gelband, “[...] o êxito parcial das estratégias implantadas não pode ser dissociado de sua incapacidade de promover redes funcionais de atenção e de integrar, de maneira orgânica, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos” (2006, p. 222). Desse modo, esses antecedentes tornaram incontornável o debate sobre a necessidade de redesenhar a política nacional, buscando superar os entraves históricos e atualizar as respostas do SUS aos desafios epidemiológicos e sociais contemporâneos.

regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 3.577/2024 e pela Portaria SAS/MS nº 1.399/2019, são habilitadas para oferecer atendimento integral em oncologia clínica e ambulatorial, incluindo serviços como quimioterapia, hemato-oncologia, radioterapia e oncologia pediátrica, conforme o tipo de habilitação. As UNACONs complementam a rede com os CACONs, atendendo majoritariamente aos tipos mais prevalentes de câncer e equipando os serviços com estrutura multiprofissional, capacidade diagnóstica e terapêutica, além de residências em cuidados oncológicos. Dessa forma, democratizam o acesso às tecnologias e fortalecem o planejamento regional da rede oncológica no SUS. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019*. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 2019.

[...] a experiência demonstrou que simplesmente aumentar o número de unidades de atendimento oncológico ou publicar diretrizes nacionais é insuficiente se o sistema subjacente permanecer fragmentado e com recursos escassos. Em muitos contextos, a ausência de uma estratégia coordenada de controle do câncer levou à duplicação de serviços, lacunas no cuidado e uso ineficiente dos recursos limitados. Mesmo programas bem elaborados não conseguiram alcançar impacto sustentável quando não estavam inseridos em um sistema de saúde integrado, capaz de oferecer prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos de forma contínua e organizada. Para superar essas limitações, os países precisam estabelecer marcos claros de coordenação, garantir financiamento previsível e desenvolver mecanismos robustos de monitoramento⁸ (OMS, 2006, p. 13).

Stewart e Wild (2014, p. 241) sublinham que “[...] na história das políticas de saúde, poucas áreas demonstram com tanta nitidez a urgência de redesenhar estratégias quanto a oncologia, pois a rapidez do avanço científico contrasta com a lentidão dos sistemas em absorver inovações e garantir acesso equitativo”. Nesse horizonte, a formulação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e sua regulamentação pela Portaria 6.590/2025 reflete não apenas a necessidade de atualizar diretrizes frente ao aumento da carga da doença, mas, sobretudo, de enfrentar o desafio estrutural de integrar a linha de cuidado de modo efetivo e sustentável. Cumpre salientar que a concentração de diagnósticos tardios, a elevada proporção de tratamentos interrompidos por barreiras logísticas, e a fragmentação histórica das redes assistenciais compõem o pano de fundo que motivou a nova regulamentação. No entendimento de Marmot (2003), “[...] nenhum desenho de política pública será robusto se não se alicerçar na premissa de que a desigualdade social é, ela própria, um fator de risco e um determinante de iniquidade em saúde” (p. 52). Assim, a nova política propõe uma abordagem mais integrada e orientada ao território, articulando prevenção, rastreamento, regulação do cuidado e monitoramento sistemático da qualidade, como resposta às limitações que persistiam há décadas no sistema oncológico brasileiro.

Em consequência disso, torna-se essencial compreender que a formulação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer não se deu de forma isolada ou meramente burocrática, mas emergiu de um processo que articulou múltiplos fatores epidemiológicos, sociais e institucionais. Entre as motivações centrais, destaca-se a necessidade urgente de redesenhar a atenção oncológica, rompendo com padrões de fragmentação que historicamente comprometeram a continuidade do cuidado. Além disso, a regulação assistencial mostrou-se insuficiente para garantir equidade e qualidade, sobretudo nas regiões com menor densidade de serviços especializados. Conforme Bozzone (2007, p. 88), “[...] qualquer iniciativa que pretenda reorganizar a atenção ao câncer deve enfrentar a complexidade de integrar níveis de atenção, dispositivos de regulação e mecanismos de financiamento, sob pena de permanecer como letra morta”. De igual maneira, Mukherjee observa que

⁸ Tradução nossa.

“[...] a expansão das possibilidades terapêuticas cria uma pressão inescapável sobre os sistemas de saúde, exigindo que a regulação deixe de ser meramente normativa e passe a funcionar como uma engrenagem viva, capaz de conectar recursos, pessoas e territórios” (2010, p. 379). Dessa forma, a Portaria 6.590/2025⁹ reflete uma tentativa de articular inovação regulatória, expansão da capacidade instalada e integração de redes, visando qualificar a resposta do SUS frente ao crescimento da carga oncológica.

Vale destacar que, entre os elementos mais inovadores e estratégicos da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, ressaltam-se o fortalecimento da regionalização, a criação de mecanismos integrados de regulação e o compromisso explícito com a redução das desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, a política institui parâmetros claros para a organização das redes de atenção oncológica, buscando articular os diferentes níveis de cuidado em um fluxo coordenado e centrado na pessoa. Além disso, o enfoque ampliado sobre a qualidade de vida do paciente e o acompanhamento dos sobreviventes reflete uma concepção mais abrangente da atenção em câncer. Sloan e Gelband afirmam: “[...] a inovação em políticas oncológicas não está apenas em novas tecnologias, mas em redesenhar processos e relações entre gestores, profissionais e pacientes, criando sistemas capazes de aprender continuamente” (2006, p. 273). De igual maneira, conforme Carolyn Compton (2020), “[...] toda política que pretenda avançar deve incorporar mecanismos de avaliação permanente, transparência de indicadores e participação social, sob pena de repetir os erros do passado” (p. 118). Assim sendo, a Portaria 6.590/2025 alinha-se a uma perspectiva contemporânea de saúde pública, que reconhece a complexidade do câncer e propõe respostas integradas, transparentes e orientadas à equidade.

[...] as novas políticas de enfrentamento do câncer não podem limitar-se a substituir tecnologias antigas por tecnologias mais caras. Elas precisam reinventar o modo como pensamos a doença, como organizamos os serviços e como avaliamos nossas próprias ações. Isso implica criar sistemas que não sejam apenas coleções de protocolos, mas organismos vivos, capazes de identificar falhas, aprender com os pacientes e reorientar processos com rapidez. A história do câncer está repleta de exemplos em que a ausência de integração entre diagnóstico, tratamento e suporte ao paciente produziu sofrimento desnecessário e resultados piores do que se poderia esperar¹⁰ (Mukherjee, 2010, p. 477).

⁹ A Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025, regulamenta, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 2 (de 28/09/2017), incluindo em seu Anexo XLIII os princípios, diretrizes e objetivos da PNPCC. A medida visa diminuir a incidência de câncer, garantir acesso a ações de promoção da saúde, detecção precoce, diagnóstico, tratamento integral, reabilitação, cuidados paliativos e apoio psicológico. Estabelece também a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde (APS, especializada e hospitalar), sistemas de regulação, logística e governança, bem como a responsabilização compartilhada por parte do Ministério da Saúde, estados e municípios, com foco em vigilância, monitoramento, ciência, tecnologia e formação profissional. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 fev. 2025.

¹⁰ Tradução nossa.

Marmot (2003, p. 61) esclarece que “[...] toda investigação que pretenda compreender as dinâmicas de políticas públicas de saúde precisa definir com clareza o seu objeto, explicitando as fronteiras conceituais e operacionais que orientam o recorte analítico”. Assim, no presente estudo, o objeto de análise delimita-se à nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, instituída pela Portaria 6.590/2025, considerada enquanto resposta institucional às deficiências acumuladas pelos modelos anteriores e como tentativa de redesenhar integralmente a atenção oncológica no Brasil. Dessa forma, o recorte temporal abrange o período que se inicia com o histórico da Política Nacional de 2005, atravessa as principais regulamentações dos CACON e UNACON e culmina na formulação e implementação da nova Portaria. Dito isso, é importante destacar que essa delimitação não ignora o caráter dinâmico das políticas públicas, mas busca situar o estudo em um campo analítico que permita articular o passado e o presente das estratégias institucionais de enfrentamento do câncer no SUS. Conforme Krieger (2011), “[...] a saúde coletiva demanda investigações que não apenas descrevam políticas, mas problematizem seus pressupostos, alcances e limites à luz das desigualdades históricas que sustentam os indicadores” (p. 135). Assim, essa perspectiva orienta a construção de um olhar crítico sobre a política oncológica brasileira, situando-a como produto histórico e, ao mesmo tempo, como possibilidade de reinvenção institucional.

Desse modo, cumpre salientar que toda investigação de natureza analítica e propositiva demanda a explicitação clara de seus objetivos, pois são eles que conferem coerência metodológica e orientam a produção do conhecimento. Nesse estudo, o objetivo geral consiste em analisar de forma comprehensiva os avanços institucionais e os desafios persistentes associados à implementação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Sistema Único de Saúde, situando-a no contexto histórico das políticas oncológicas brasileiras e problematizando seus fundamentos normativos e operacionais. Entre os objetivos específicos, destacam-se: contextualizar a evolução das políticas públicas de controle do câncer, identificar os principais fatores que motivaram a formulação da Portaria 6.590/2025, descrever suas características estratégicas e inovadoras e discutir seus potenciais impactos na redução das desigualdades regionais e socioeconômicas. Mukherjee observa: “[...] sem perguntas de pesquisa bem formuladas, qualquer esforço investigativo corre o risco de se perder na dispersão descritiva, incapaz de produzir síntese ou transformação” (2010, p. 221). De igual modo, conforme Stewart e Wild (2014), “[...] toda política é também um território de disputas simbólicas, por isso é imprescindível que as pesquisas indaguem não apenas ‘o que mudou’, mas ‘por que mudou’ e ‘quem se beneficia’ dessas transformações” (p. 203). Assim, a questão central que orienta este trabalho pode ser enunciada nos seguintes termos: em que medida a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, regulamentada pela Portaria 6.590/2025, constitui uma resposta

efetiva aos limites históricos das estratégias oncológicas no Brasil e como ela se articula com o compromisso do SUS de assegurar cuidado integral e equitativo?

2 METODOLOGIA DE ANÁLISE QUALITATIVA, DOCUMENTAL E COMPREENSIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO SUS

É importante destacar que este estudo adota uma abordagem qualitativa, fundamentada no pressuposto de que a complexidade do fenômeno oncológico no Sistema Único de Saúde exige métodos capazes de compreender não apenas os aspectos objetivos da normatização, mas também os sentidos atribuídos pelos atores envolvidos. Conforme destaca Minayo, “[...] a pesquisa qualitativa se ocupa em interpretar fenômenos na sua profundidade e na sua complexidade, tal como ocorrem no contexto social” (2007, p. 21). Dessa forma, optou-se pela perspectiva compreensiva, inspirada na tradição weberiana, que concebe o conhecimento como uma via de aproximação interpretativa da realidade social. Nesse sentido, a metodologia adotada busca articular o rigor analítico com a sensibilidade hermenêutica, considerando que as políticas públicas de saúde são simultaneamente expressões normativas e construções históricas. Vale mencionar que Flick (2009) ressalta que “[...] a pesquisa qualitativa pretende reconstruir as percepções dos participantes sobre seu mundo de vida, incluindo contradições, ambiguidades e tensões que estruturam as práticas sociais” (p. 28). Assim, este desenho metodológico permitiu examinar os sentidos, desafios e potencialidades atribuídos à Portaria nº 6.590/2025 e à nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, incorporando uma análise que foi além da descrição normativa para situar seus efeitos no campo simbólico e organizativo.

[...] a pesquisa qualitativa, ao contrário do que muitas vezes se pensa, não é menos rigorosa ou científica. Ela parte de outros paradigmas e de outros pressupostos epistemológicos. Seu objetivo principal é compreender os significados, as motivações, as aspirações e os valores que sustentam o comportamento humano e organizacional. Trata-se de uma forma de captar o mundo vivido, de interpretar as relações sociais, de entender as políticas públicas não apenas como normas, mas como produtos históricos carregados de sentidos que se expressam nas práticas concretas (Minayo, 2007, p. 25).

Além disso, cumpre salientar que a natureza bibliográfica e documental da pesquisa foi definida considerando a necessidade de consolidar um mapeamento abrangente das produções nacionais e internacionais sobre políticas oncológicas, bem como dos dispositivos legais que estruturam a atenção ao câncer no Brasil. A esse respeito, Gil observa que “[...] a pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador não apenas familiarizar-se com o estado da arte, mas também identificar lacunas, contradições e perspectivas inovadoras que podem orientar a reflexão teórica”

(2007, p. 44). Em outras palavras, a revisão dos documentos legais – como a Portaria GM/MS nº 6.590/2025 e a nova PNPCC – foi complementada pela análise sistemática de referências clássicas e contemporâneas sobre epidemiologia do câncer, gestão pública e organização de redes assistenciais. De forma complementar, Minayo, Deslandes e Gomes (2002, p. 55) explicam que “[...] o estudo documental é indispensável para que a pesquisa qualitativa possa incorporar o universo das regulamentações e a dimensão histórica das políticas públicas, sem se restringir ao discurso dos sujeitos”. Dessa maneira, essa opção metodológica visa conferir solidez e amplitude ao trabalho, possibilitando que as proposições sejam embasadas por uma base empírica e conceitual consistente, articulando marcos normativos e aportes teóricos de diferentes correntes.

Por conseguinte, é fundamental observar que a estratégia de análise adotada articula procedimentos de análise de conteúdo temática, método que permite descrever, interpretar e relacionar categorias extraídas do material documental e bibliográfico. De acordo com Flick (2009), “[...] a análise de conteúdo possibilita decompor textos complexos em unidades de sentido, classificando temas recorrentes e relacionando-os a contextos socioculturais mais amplos” (p. 103). No propósito de conferir maior densidade ao estudo, definiu-se que os dados seriam organizados em categorias como princípios orientadores da política, eixos estratégicos, dispositivos normativos de regulação, mecanismos de monitoramento e desafios de implementação. Em outras palavras, a leitura sistemática dos documentos foi conduzida com foco na identificação de conteúdos explícitos (dispositivos legais) e subjacentes (valores, pressupostos e contradições). Minayo (2007, p. 79) enfatiza que “[...] a categorização não é uma tarefa neutra, mas um processo de escolha teórica e política que orienta o olhar do pesquisador e define o que será visibilizado”. Assim, ao utilizar essa abordagem, pretendeu-se captar tanto a materialidade normativa da Portaria nº 6.590/2025 quanto seus sentidos simbólicos no campo das políticas públicas de saúde, possibilitando uma análise crítica e situada.

Por isso, convém observar que, ao longo da pesquisa, foram utilizados procedimentos de triangulação, com o objetivo de ampliar a robustez e a confiabilidade das análises. Em síntese, essa triangulação consistiu em confrontar os conteúdos extraídos da Portaria nº 6.590/2025 com evidências empíricas disponíveis na literatura internacional e referências teóricas que tratam da organização de sistemas de saúde e do controle do câncer. Flick (2009, p. 133) esclarece que “[...] triangulação não significa apenas usar várias fontes de dados, mas também integrar perspectivas teóricas e procedimentos analíticos distintos, de modo a reduzir vieses e aprofundar a compreensão do objeto”. Desse modo, a pesquisa se apoiou em uma matriz de interpretação que combinou documentos normativos, estudos epidemiológicos, análises institucionais e produções científicas de organizações como a American Cancer Society e a Organização Mundial da Saúde. De forma complementar, Robert

E. Stake pontua que “[...] o uso de múltiplas fontes e teorias contribui para que o pesquisador observe o fenômeno por diferentes ângulos, reconheça contradições e aprenda com elas” (2010, p. 72). Logo, essa escolha metodológica reforça o compromisso com uma análise compreensiva, capaz de capturar tanto a dimensão normativa quanto as disputas simbólicas que permeiam a política oncológica brasileira.

[...] a triangulação deve ser entendida como uma estratégia metodológica que amplia o alcance analítico e a profundidade interpretativa do estudo. Ela não se limita a cruzar dados de diferentes origens, mas implica o uso deliberado de teorias contrastantes, perspectivas diversas e métodos múltiplos. Ao fazer isso, a pesquisa qualitativa busca construir uma compreensão mais completa e complexa do fenômeno estudado, reconhecendo que nenhum dado isolado, por si só, oferece uma visão suficiente da realidade social (Flick, 2009, p. 183).

Assim, merece atenção o fato de que a opção por uma perspectiva analítico-compreensiva, inspirada nos pressupostos de Weber, confere à pesquisa a possibilidade de interpretar os sentidos atribuídos à política oncológica por diferentes atores sociais e institucionais. Nesse horizonte, interessa não apenas descrever dispositivos legais, mas compreender as intencionalidades, os valores e os conflitos que atravessam sua formulação e implementação. Conforme Minayo (2007), “[...] a abordagem compreensiva não abdica do rigor metodológico, mas reconhece que a realidade social é produto de interações simbólicas, crenças e representações que precisam ser interpretadas” (p. 94). Cabe ressaltar que a análise da Portaria nº 6.590/2025, bem como da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, foi ancorada na concepção de que a política pública é também um campo de disputa por sentidos, legitimidade e prioridades. De acordo com Flick (2009, p. 56), “[...] cada política se inscreve num território de tensões, entre demandas sociais e restrições institucionais, entre a promessa de equidade e as desigualdades cristalizadas”. Dessa forma, ao privilegiar essa lente interpretativa, o estudo buscou iluminar os desafios que marcam a transição de um modelo fragmentado para uma proposta de cuidado integral e contínuo, sem perder de vista a complexidade histórica do SUS.

Do mesmo modo, cabe ressaltar que a pesquisa definiu como etapa central a organização sistemática dos dados coletados, etapa que envolveu a elaboração de matrizes de síntese contendo informações extraídas dos documentos legais e dos referenciais teóricos. Em outras palavras, essas matrizes permitiram construir categorias analíticas e comparar dispositivos normativos, identificando semelhanças e singularidades em relação a experiências internacionais e às diretrizes anteriores do SUS. Gil (2007, p. 91) afirma que “[...] a sistematização dos dados deve contemplar não só a ordenação do material, mas também a elaboração de quadros comparativos que favoreçam a interpretação crítica e a visualização de tendências”. Isto é, foram categorizados temas como padrões

de certificação da qualidade, critérios de habilitação, parâmetros de monitoramento, estratégias de regionalização e mecanismos de participação social. Ainda, Minayo, Deslandes e Gomes observam que “[...] a organização e a análise de dados documentais pressupõem um esforço permanente de correlação entre o que é prescrito e o que é possível, entre o ideal normativo e a materialidade histórica” (2002, p. 63). Assim sendo, esse procedimento metodológico possibilitou o desenvolvimento de uma reflexão que articula conteúdo legal e análise crítica, iluminando as potencialidades e limites do novo marco regulatório.

Dessa forma, é fundamental observar que, na busca por assegurar rigor metodológico e legitimidade científica, esta pesquisa assumiu o compromisso ético com a transparência das fontes, a clareza dos procedimentos e a fidelidade às evidências analisadas. Assim, isso significou explicitar os critérios de inclusão documental, os referenciais teóricos que embasaram as interpretações e as limitações inerentes a um estudo de natureza qualitativa e bibliográfica. Flick (2009, p. 147), enfatiza que “[...] a explicitação dos passos metodológicos é tão importante quanto à própria análise, pois possibilita ao leitor acompanhar o percurso do pesquisador e formar seu próprio juízo crítico”. Dito isso, o trabalho reconhece que toda interpretação é situada e marcada pelo diálogo entre o pesquisador e o objeto investigado, implicando escolhas teóricas que precisam ser justificadas. Como observa Minayo (2007), “[...] a ética na pesquisa qualitativa não se reduz à assinatura de termos de consentimento, mas envolve a responsabilidade de tornar o processo inteligível e de respeitar a complexidade da realidade estudada” (p. 22). Dessa maneira, a metodologia proposta procurou consolidar uma reflexão robusta sobre os avanços e desafios da nova política oncológica, criando condições para que outros pesquisadores possam retomar, criticar ou aprofundar seus achados em futuros estudos.

3 CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO SUS: AVANÇOS INSTITUCIONAIS DA PORTARIA 6.590/2025 NA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Ao analisar os fundamentos que orientam a formulação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), percebe-se que ela nasce do reconhecimento explícito de que a oncologia exige uma abordagem integrada, capaz de conjugar prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos em um “continuum” assistencial. Em outras palavras, não se trata apenas de atualizar protocolos clínicos, mas de redefinir as responsabilidades do Estado e dos serviços de saúde diante de uma doença que expressa, com intensidade, as desigualdades sociais e regionais no Brasil. De igual maneira, a PNPCC introduz inovações conceituais ao enfatizar a necessidade de

articular ações intersetoriais e de mobilizar comunidades, redes locais e atores institucionais no enfrentamento coletivo do câncer. Conforme Carolyn Compton (2020), “[...] políticas eficazes de controle do câncer são aquelas que reconhecem a complexidade das trajetórias de cuidado e que investem na construção de redes que sustentem o paciente desde o diagnóstico até o seguimento a longo prazo” (p. 145). De forma complementar, Schottenfeld e Fraumeni esclarecem que “[...] todo modelo de controle oncológico deve partir de um compromisso com a equidade, pois a disparidade de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos ainda é o principal determinante da sobrevida em países com grandes desigualdades regionais” (2006, p. 35). Assim sendo, os fundamentos da nova política sinalizam uma ruptura com perspectivas fragmentadas, reafirmando a centralidade do cuidado integral e da justiça social como princípios orientadores. Para Stewart e Wild (2014, p. 35):

[...] os programas de controle do câncer devem ser concebidos como processos contínuos que se estendem além das paredes dos hospitais especializados. Prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos devem ser coordenados em múltiplos níveis do sistema de saúde e articulados com políticas sociais que abordem os determinantes mais amplos da saúde. Essa abordagem integrada é essencial para reduzir as lacunas de acesso que persistem entre áreas urbanas e rurais, e entre populações afluentes e marginalizadas. Sem esse compromisso com a equidade e a colaboração intersetorial, os esforços para modernizar o cuidado oncológico serão inevitavelmente limitados em seu impacto e sustentabilidade¹¹.

Mukherjee (2010, p. 261), afirma que “[...] qualquer política de câncer que pretenda ser efetiva precisa colocar o ser humano no centro de suas prioridades, pois é nesse ponto que se mede o compromisso ético de uma sociedade”. Nesse sentido, a nova PNPCC estrutura seus princípios orientadores a partir de compromissos constitucionais e éticos que se refletem na noção de universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade na distribuição de recursos. Em consequência disso, esses princípios se desdobram em estratégias que buscam eliminar barreiras de ordem geográfica, econômica e cultural, com o propósito de garantir que todos os cidadãos, independentemente de seu local de residência ou condição social, possam usufruir do direito à saúde. Vale destacar que a ênfase no cuidado centrado no usuário implica a reorganização de fluxos assistenciais e a valorização da escuta qualificada como ferramenta de construção de planos terapêuticos singulares. Como observa Sloan e Gelband, “[...] promover equidade não é apenas ampliar a oferta de serviços, mas desenvolver capacidades institucionais e comunitárias que façam sentido no cotidiano das pessoas que vivem em contextos de vulnerabilidade” (2006, p. 311). Dessa forma, os princípios orientadores da PNPCC atualizam compromissos históricos do SUS,

¹¹ Tradução nossa.

transformando-os em diretrizes operacionais com potencial de promover mudanças reais na experiência do cuidado oncológico.

Além disso, merece atenção o fato de que a nova PNPCC organiza seus eixos estratégicos em torno de dimensões complementares, sendo a prevenção e a detecção precoce pilares essenciais para reduzir a incidência e a mortalidade por câncer em médio e longo prazo. Em outras palavras, essas dimensões demandam a articulação de campanhas educativas, programas de rastreamento populacional e intervenções intersetoriais que enfrentem determinantes sociais e ambientais associados ao risco oncológico. Convém observar que, historicamente, o Brasil acumulou experiências relevantes em rastreamento de câncer de colo do útero e mama, mas persistem desafios importantes quanto à cobertura, à qualidade dos exames e ao seguimento oportuno dos casos suspeitos. Como aponta Nancy Krieger, “[...] políticas eficazes de prevenção precisam ir além da retórica e transformar a promessa da equidade em sistemas capazes de alcançar as populações historicamente negligenciadas” (2011, p. 201). De forma complementar, Compton destaca que “[...] a detecção precoce, quando integrada a estratégias educativas e à organização eficiente das redes de atenção, converte-se em uma das ferramentas mais poderosas para alterar o curso epidemiológico do câncer” (2020, p. 167). Assim, os eixos de prevenção e detecção precoce da PNPCC configuram um esforço estratégico para alinhar o avanço tecnológico e a redução das desigualdades em saúde.

Schottenfeld e Fraumeni (2006, p. 479) enfatizam que “[...] a eficácia dos programas nacionais de câncer depende não apenas da prevenção, mas da habilidade em prover tratamentos oportunos, seguros e de qualidade em todas as regiões de um país”. Nesse sentido, a nova PNPCC atribui prioridade estratégica à ampliação da capacidade instalada, com foco na reorganização dos fluxos de regulação, na habilitação de novos serviços de média e alta complexidade e no fortalecimento dos CACON e UNACON como referências regionais de cuidado oncológico. Em consequência disso, espera-se superar cenários em que pacientes percorrem centenas de quilômetros em busca de tratamento radioterápico, quimioterápico ou cirúrgico, realidade que compromete tanto o prognóstico clínico quanto a qualidade de vida. Vale destacar que o dimensionamento adequado das redes assistenciais depende de uma análise criteriosa da demanda epidemiológica e da capacidade dos territórios de absorver novos serviços com eficiência e sustentabilidade. Mukherjee observa que “[...] quando os sistemas falham em oferecer tratamento perto da casa do paciente, a doença deixa de ser apenas uma questão biológica e passa a ser uma experiência de exílio e abandono” (2010, p. 412). Dessa forma, o eixo do tratamento na PNPCC articula o investimento em infraestrutura, a formação de equipes multiprofissionais e a reconfiguração das rotas assistenciais como elementos indissociáveis de uma política que busca combinar tecnologia, humanização e equidade.

[...] em muitos países de baixa e média renda, os pacientes são forçados a percorrer longas distâncias para receber tratamentos oncológicos básicos, como radioterapia ou quimioterapia. Essa separação geográfica impõe encargos financeiros e psicológicos significativos, que podem resultar em atrasos no cuidado ou abandono do tratamento. A criação de centros regionais de câncer, devidamente estruturados e integrados aos sistemas nacionais de referência, é uma estratégia essencial para mitigar essas disparidades. Tais centros devem estar equipados não apenas com tecnologia avançada, mas também com equipes multidisciplinares treinadas, capazes de oferecer cuidados de alta qualidade próximos ao local de residência dos pacientes¹² (Sloan e Gelband, 2006, p. 299).

Em consequência disso, é fundamental observar que a nova PNPCC reconhece os cuidados paliativos como componente essencial e indissociável de um modelo de atenção oncológica verdadeiramente integral. Neste sentido, ao contrário de perspectivas restritas que os vinculavam apenas às fases finais da vida, o paradigma contemporâneo considera que o cuidado paliativo deve ser incorporado desde o diagnóstico, com o objetivo de mitigar sofrimento físico, emocional, social e espiritual. De igual maneira, essa concepção reforça a necessidade de investir em equipes multiprofissionais capacitadas, protocolos de manejo da dor e dispositivos que assegurem dignidade e autonomia aos pacientes em todas as etapas da trajetória de cuidado. Como observa Nancy Krieger (2011), “[...] a negação histórica do sofrimento no campo da oncologia reflete não apenas limites técnicos, mas também concepções culturais que precisam ser desconstruídas para se produzir práticas mais humanas” (p. 214). Sloan e Gelband afirmam: “[...] reconhecer o sofrimento como questão central é o primeiro passo para desenhar políticas que não se restrinjam a indicadores de sobrevida, mas que incluam qualidade de vida como parâmetro ético e operacional” (2006, p. 337). Assim, o eixo estratégico dos cuidados paliativos na PNPCC inaugura uma agenda que articula ciência, compaixão e justiça social, respondendo a demandas historicamente invisibilizadas no campo oncológico brasileiro.

Compto (2020, p. 192), por sua vez, esclarece que “[...] toda política nacional de câncer que pretenda produzir impacto sustentável precisa transformar a vigilância epidemiológica em núcleo dinâmico de geração de conhecimento e de orientação das decisões públicas”. Nesse sentido, a nova PNPCC atribui relevância inédita ao fortalecimento dos registros de câncer de base populacional e hospitalar, à integração das bases de dados e à qualificação dos sistemas de informação como pilares de uma governança mais responsável e transparente. De fato, vale destacar que os dados epidemiológicos consolidados permitem não apenas monitorar tendências de incidência e mortalidade, mas também identificar desigualdades regionais, avaliar a efetividade dos programas de rastreamento e dimensionar a necessidade de expansão da capacidade instalada. Em consequência disso, a política estabelece diretrizes para articular vigilância, planejamento territorial e estratégias de regulação do

¹² Tradução nossa.

cuidado, reconhecendo que a inteligência sanitária é condição essencial para desenhar intervenções que respondam aos contextos reais de cada território. Como observa Schottenfeld e Fraumeni, “[...] a qualidade dos registros de câncer é diretamente proporcional à capacidade de produzir políticas públicas baseadas em evidências, evitando decisões fragmentadas ou movidas apenas por pressões conjunturais” (2006, p. 521). Dessa forma, o eixo da vigilância epidemiológica consolida-se como componente estratégico de uma política que busca conjugar ciência, participação social e compromisso com a equidade.

Por conseguinte, é importante destacar que a nova PNPCC rompe definitivamente com modelos assistenciais fragmentados ao introduzir o conceito de “cuidado oncológico integral e contínuo”, que se sustenta em três dimensões interdependentes: a integração entre níveis de atenção, a coordenação longitudinal dos processos assistenciais e a centralidade das necessidades do paciente. Em outras palavras, esse paradigma reconhece que o itinerário do cuidado não se encerra no término do tratamento ativo, mas se prolonga em ações de reabilitação, acompanhamento e suporte emocional prolongado. De igual maneira, a política aponta que a atenção oncológica deve ser planejada de forma territorializada e interdisciplinar, de modo a garantir que o cuidado se mantenha coerente com as especificidades sociais, culturais e clínicas de cada pessoa. Mukherjee observa que “[...] na oncologia contemporânea, o cuidado contínuo é uma exigência ética e técnica que transforma a própria identidade das instituições e desafia velhos limites burocráticos” (2010, p. 275). Conforme Carolyn Compton, “[...] pensar o câncer como um processo que se estende por ciclos sucessivos de vulnerabilidade e adaptação impõe aos sistemas de saúde a responsabilidade de criar vínculos duradouros com os pacientes e suas famílias” (2020, p. 203). Assim sendo, o conceito de integralidade contínua redefine o horizonte da política oncológica brasileira, deslocando o foco exclusivo da cura para a construção compartilhada do bem-estar ao longo de toda a jornada da doença.

[...] o cuidado oncológico atualmente deve ser compreendido como um continuum em evolução, e não como uma sequência finita de intervenções isoladas. Desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, pela sobrevida e pelo cuidado no fim da vida, os pacientes vivenciam uma série de transições que requerem apoio consistente e comunicação clara. Os programas modernos de oncologia têm a obrigação de desenvolver trajetórias assistenciais integradas que abranjam dimensões físicas, psicológicas e sociais. Essa abordagem abrangente reconhece que a recuperação e a adaptação são processos que frequentemente se estendem por anos e que o sistema de saúde deve estar preparado para acompanhar pacientes e famílias ao longo dessa trajetória¹³ (DeVita, Lawrence e Rosenberg, 2021, p. 212).

Sloan e Gelband (2006, p. 289) destacam que “[...] transformar princípios e diretrizes em práticas efetivas é sempre o maior desafio das políticas públicas, especialmente em sistemas de saúde

¹³ Tradução nossa.

caracterizados por desigualdades estruturais e heterogeneidade institucional”. Assim, apesar da robustez conceitual da nova PNPCC, a concretização de seus objetivos depende de uma série de condições operacionais que envolvem financiamento adequado, pactuação federativa, qualificação de equipes e desenvolvimento de tecnologias de gestão. Vale ressaltar que, no Brasil, coexistem realidades extremamente díspares: enquanto alguns estados contam com redes bem estruturadas de atenção oncológica, outros enfrentam carências severas de infraestrutura, profissionais especializados e mecanismos de regulação do cuidado. Em consequência disso, estratégias de implantação precisam ser calibradas à luz das condições locais, sob pena de reproduzir desigualdades que a política pretende superar. Como observa Nancy Krieger, “[...] a capacidade de um sistema de saúde incorporar inovações está diretamente relacionada à sua história institucional e ao grau de compromisso político com a redução das desigualdades” (2011, p. 188). Dessa forma, operacionalizar o cuidado oncológico integral e contínuo no SUS exigirá esforços coordenados de planejamento, monitoramento e participação social, de modo a assegurar que os avanços conceituais se traduzam em transformações concretas na experiência do cuidado.

Além disso, é fundamental observar que um dos compromissos centrais da nova PNPCC consiste em reduzir as desigualdades regionais e socioeconômicas que historicamente marcaram a trajetória do câncer no Brasil. A título de ilustração, estudos demonstram que a mortalidade evitável é significativamente mais elevada nas regiões Norte e Nordeste, onde o acesso a exames de rastreamento, terapias oncológicas e cuidados paliativos é limitado por fatores estruturais, financeiros e logísticos. Em outras palavras, a política propõe articular investimentos direcionados, estratégias de expansão da capacidade instalada e mecanismos de regulação mais transparentes, de modo a garantir que o direito constitucional à saúde se efetive de maneira equânime. Como observa Mukherjee, “[...] combater a desigualdade é, na essência, enfrentar a injustiça estrutural que faz da doença uma sentença inapelável para milhões de pessoas” (2010, p. 457). Schottenfeld e Fraumeni destacam que “[...] políticas nacionais só alcançam impacto verdadeiro quando são capazes de corrigir distorções históricas, ampliar oportunidades e proteger aqueles que mais precisam” (2006, p. 598). Assim sendo, espera-se que a nova política seja não apenas uma resposta técnica à complexidade do câncer, mas também uma afirmação ética do compromisso com a dignidade e o bem-estar de toda a população.

Mukherjee (2010, p. 493), enfatiza que “[...] toda política de saúde é, ao mesmo tempo, uma declaração de intenções e um campo de disputas permanentes, onde o futuro se constrói a partir das escolhas que se fazem no presente”. Assim, ao projetar os desdobramentos da nova PNPCC, é indispensável reconhecer tanto suas potencialidades quanto seus limites estruturais. Por um lado, a política sinaliza uma oportunidade histórica de reorganizar a atenção oncológica em bases mais

equânimis, integradas e centradas na pessoa, incorporando inovações conceituais e operacionais que respondem a desafios acumulados ao longo de décadas. Por outro lado, persistem riscos concretos de que a implementação seja comprometida por restrições orçamentárias, desigualdades regionais na capacidade gestora e resistência de setores que se beneficiam da fragmentação dos fluxos assistenciais. Dito isso, convém observar que a consolidação de uma rede de cuidado integral dependerá da articulação entre União, estados e municípios, da participação efetiva dos usuários e da disposição institucional de avaliar criticamente as práticas e corrigir rumos quando necessário. De igual maneira, Sloan e Gelband ressaltam que “[...] políticas bem-sucedidas são aquelas que aprendem com a experiência, mantêm canais de diálogo abertos e adaptam suas estratégias ao longo do tempo, sem perder de vista seus objetivos centrais” (2006, p. 364). Portanto, a nova PNPCC representa uma promessa concreta de transformação, mas seu êxito dependerá da capacidade coletiva de sustentar o compromisso político e operacional que ela requer.

[...] mesmo as políticas de saúde mais cuidadosamente elaboradas estão sujeitas às forças imprevisíveis da política, da economia e da inércia institucional. O sucesso depende não apenas da clareza dos objetivos, mas também da disposição dos líderes de realizar avaliações honestas e de fazer ajustes difíceis quando os planos iniciais não produzem os resultados esperados. Essa capacidade de autocritica e adaptação é o que transforma uma política de um documento estático em um processo vivo, capaz de gerar impacto real. Sem esse compromisso, as melhores intenções são rapidamente corroídas pelas pressões rotineiras e pelos interesses arraigados¹⁴ (Varmus, 2010, p. 287).

Por isso, cabe ressaltar que a Portaria nº 6.590/2025 representa um marco regulatório que redefine profundamente a forma como o Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza para enfrentar a complexidade crescente do câncer. Isto é, essa norma consolida um novo paradigma de regulação, que associa critérios técnicos rigorosos, pactuação federativa e a incorporação de tecnologias digitais no planejamento e na gestão da atenção oncológica. Vale destacar que a portaria também reforça o compromisso do Estado com a universalização do acesso, a equidade na distribuição de recursos e a humanização do cuidado em todas as fases da doença. Mukherjee observa que “[...] quando se trata de câncer, o arcabouço normativo não pode ser visto como um detalhe burocrático, mas como o alicerce que define quem vai receber cuidado oportuno e quem será excluído” (2010, p. 445). De igual maneira, Compton sublinha que “[...] as políticas de saúde que integram inovação normativa e clareza organizacional tendem a produzir efeitos mais duradouros porque transformam as rotinas institucionais e ampliam a capacidade de resposta dos sistemas” (2020, p. 174). Assim sendo, a publicação da nova Portaria pode ser compreendida como uma oportunidade histórica de alinhar

¹⁴ Tradução nossa.

princípios constitucionais e práticas assistenciais capazes de reduzir as desigualdades e melhorar a experiência dos pacientes.

Assim sendo, é importante destacar que entre as inovações normativas mais expressivas introduzidas pela Portaria nº 6.590/2025 estão os critérios detalhados para habilitação de serviços e os requisitos mínimos para certificação da qualidade assistencial. Em consequência disso, estabelecimentos que desejarem atuar como referência em atenção oncológica deverão comprovar não apenas infraestrutura compatível e disponibilidade de tecnologias específicas, mas também processos contínuos de educação permanente, protocolos clínicos padronizados e mecanismos de monitoramento da efetividade terapêutica. Cabe ressaltar que essa diretriz rompe com práticas anteriores que, em muitos casos, priorizavam habilitações baseadas unicamente em volume de procedimentos e localização geográfica. Conforme Schottenfeld e Fraumeni, “[...] a certificação da qualidade não pode se limitar a indicadores administrativos, pois precisa refletir o impacto real dos serviços na vida e no prognóstico dos pacientes” (2006, p. 533). De forma complementar, Mukherjee observa que “[...] o câncer impõe uma exigência singular de consistência institucional, porque qualquer fragilidade, seja na regulação ou na execução, tem consequências diretas na possibilidade de cura” (2010, p. 398). Dessa maneira, a nova normativa consolida uma visão que articula competência técnica, responsabilização institucional e compromisso ético com a vida.

Krieger (2011, p. 224), afirma que “[...] toda reorganização do cuidado exige repensar os fluxos assistenciais como trajetórias vivas, atravessadas por dimensões clínicas, sociais e culturais que não cabem em protocolos rígidos”. Nesse sentido, a Portaria nº 6.590/2025 estabelece novas diretrizes para a regulação do acesso e a organização dos percursos terapêuticos, buscando reduzir atrasos entre a suspeita diagnóstica, a confirmação do câncer e o início efetivo do tratamento. Por exemplo, destaca-se a previsão de fluxos integrados com prioridade para confirmação diagnóstica em tempo oportuno, estadiamento completo e encaminhamento ágil para os serviços habilitados, respeitando a proximidade do domicílio do paciente sempre que possível. Além disso, a normativa cria mecanismos específicos de regulação interestadual, articulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, com o propósito de reduzir desigualdades no acesso a procedimentos de maior complexidade tecnológica. Compton (2020) observa que “[...] redesenhar fluxos é mais do que reescrever normas; é reorganizar o modo como às pessoas experimentam a doença e a forma como o sistema se posiciona diante do sofrimento” (p. 211). Dessa forma, essas mudanças sinalizam uma tentativa de construir um modelo regulatório menos fragmentado, mais transparente e efetivamente centrado na pessoa.

[...] redesenhar os percursos de cuidado em oncologia requer mais do que estabelecer metas de tempo ou publicar novas diretrizes. Exige uma mudança fundamental na forma como os sistemas percebem as trajetórias dos pacientes, reconhecendo que os atrasos não são apenas falhas técnicas, mas tragédias humanas que ampliam o sofrimento e reduzem a sobrevida. Reformas eficazes precisam construir mecanismos que monitorem ativamente os tempos de espera, coordenem equipes multidisciplinares e facilitem a comunicação entre fronteiras institucionais. Quando implementadas com transparéncia e responsabilidade, essas mudanças podem transformar experiências fragmentadas em um cuidado coerente e compassivo¹⁵ (Jackson, 2023, p. 142).

Por conseguinte, convém observar que um dos aspectos mais relevantes da Portaria nº 6.590/2025 é a redefinição clara das responsabilidades das três esferas de governo na governança da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Ou seja, a norma estabelece que o Ministério da Saúde se encarregará de habilitar serviços, elaborar protocolos clínicos, organizar a regulação interestadual e definir parâmetros nacionais de qualidade, enquanto estados e municípios deverão pactuar, no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, a organização regionalizada das linhas de cuidado e o fluxo assistencial. Além disso, cada esfera terá atribuições específicas de monitoramento, auditoria e alimentação dos sistemas de informação, com a meta de assegurar maior transparéncia e controle social sobre a efetividade das ações. Conforme Schottenfeld e Fraumeni, “[...] as políticas que fracassam em detalhar responsabilidades acabam criando zonas cinzentas de inação, onde todos se dizem comprometidos, mas ninguém responde efetivamente pelo cuidado” (2006, p. 569). Mukherjee (2010) observa que “[...] o câncer revela, com clareza cruel, a capacidade real dos sistemas de saúde de cooperarem em favor do paciente ou de se perderem em labirintos burocráticos” (p. 355). Dessa forma, os arranjos institucionais previstos na nova Portaria sinalizam um esforço de superar a fragmentação histórica e construir compromissos compartilhados mais consistentes.

Compton (2020, p. 188), esclarece que “[...] regionalizar o cuidado não é apenas redistribuir recursos, mas construir pactos territoriais que articulem serviços de diferentes complexidades com foco na jornada do paciente”. Assim sendo, a Portaria nº 6.590/2025 estabelece diretrizes que orientam estados e municípios a organizar linhas de cuidado regionalizadas, considerando a prevalência dos tipos de câncer e a capacidade instalada de cada território. Em consequência disso, espera-se que os CACON e UNACON assumam papéis estratégicos não só como pontos de atenção terciária, mas também como articuladores da rede, apoiando tecnicamente serviços de menor complexidade, ampliando a retaguarda diagnóstica e fomentando processos de educação permanente. Dito isso, vale destacar que a descentralização proposta não se confunde com fragmentação, pois prevê fluxos pactuados e regulação coordenada entre as esferas federativas. Conforme Schottenfeld e Fraumeni, “[...] o êxito da descentralização depende de redes de cooperação interinstitucional e de investimentos

¹⁵ Tradução nossa.

contínuos em governança compartilhada” (2006, p. 594). Dessa forma, a regionalização na nova normativa se apresenta como estratégia indispensável para reduzir desigualdades e qualificar o acesso, aproximando os serviços especializados das comunidades que historicamente enfrentaram barreiras intransponíveis.

Por isso, é fundamental observar que a Portaria nº 6.590/2025 inova ao estabelecer parâmetros precisos de monitoramento e avaliação da qualidade, com indicadores que contemplam desde o tempo de espera entre diagnóstico e início do tratamento até taxas de sobrevida e satisfação do usuário. Em outras palavras, a normativa reconhece que sem dados consistentes e processos sistemáticos de avaliação, qualquer política corre o risco de permanecer como promessa retórica. Vale destacar que o Ministério da Saúde passa a ter a responsabilidade de publicar relatórios periódicos com resultados consolidados por região, permitindo que gestores locais e a sociedade civil acompanhem de forma transparente os avanços e desafios na implementação. De forma complementar, a Portaria define que a certificação da qualidade dos serviços será revista periodicamente, condicionando a manutenção da habilitação ao cumprimento de metas assistenciais e à adoção de protocolos clínicos atualizados. Mukherjee observa que “[...] medir resultados é a única forma de garantir que a retórica de compromisso se converta em práticas reais e verificáveis” (2010 p. 479). Conforme Sloan e Gelband, “[...] políticas públicas eficazes são aquelas que tornam visíveis seus próprios efeitos, abrindo espaço para crítica, aperfeiçoamento e correção de rumos” (2006, p. 388). Assim, a ênfase no monitoramento sinaliza uma mudança cultural que valoriza a transparência e a responsabilidade coletiva.

[...] sem sistemas de dados confiáveis, os programas de controle do câncer têm poucas chances de sucesso. Monitorar os desfechos do tratamento, a satisfação dos pacientes e a adesão aos protocolos clínicos fornece um retorno crítico que possibilita a melhoria contínua. A divulgação transparente dos indicadores de desempenho para os formuladores de políticas e para o público é igualmente importante. Tais práticas não apenas constroem confiança, mas também criam pressão por responsabilização. Quando os resultados são sistematicamente coletados e compartilhados, eles servem de base para refinar estratégias e alocar recursos de forma mais eficaz¹⁶ (Sloan e Gelband, 2006, p. 391).

Mukherjee (2010, p. 426), sublinha que “[...] a fragmentação das etapas do cuidado oncológico transforma o percurso do paciente em uma sequência de rupturas que multiplicam riscos e agravam sofrimentos”. Desse modo, o novo marco regulatório brasileiro propõe mecanismos específicos de integração entre atenção primária, especializada e hospitalar, com fluxos pactuados e protocolos que assegurem continuidade assistencial desde a detecção precoce até o acompanhamento pós-tratamento. Em consequência disso, cada unidade habilitada passa a ter obrigações formais de comunicação com

¹⁶ Tradução nossa.

os demais pontos da rede, inclusive no que diz respeito à contra-referência para serviços de menor complexidade e ao compartilhamento de informações clínicas por meio de sistemas interoperáveis. Vale destacar que, pela primeira vez, o ordenamento normativo estabelece que planos regionais de atenção oncológica sejam revisados periodicamente, contemplando indicadores de processo e resultado, além de metas progressivas de redução de desigualdades. Como observa Sloan e Gelband, “[...] políticas que priorizam a continuidade da atenção reduzem desperdícios, ampliam a adesão do paciente e fortalecem o vínculo terapêutico” (2006, p. 314). Dessa forma, a diretriz de integração entre as linhas de cuidado sinaliza um compromisso com trajetórias mais humanizadas e menos vulneráveis à burocracia.

Soma-se a isso, o fato de que o novo normativo federal consolida dispositivos de governança colaborativa entre União, estados e municípios, reconhecendo que a efetividade do cuidado oncológico depende de pactos claros e compromissos partilhados. Ou seja, o documento estabelece que planos regionais de atenção sejam formalizados em instâncias bipartite e tripartite, detalhando responsabilidades operacionais, metas de ampliação da cobertura assistencial e mecanismos de financiamento progressivo. Destaca-se que essa abordagem busca evitar sobreposições de competência e lacunas de gestão que historicamente marcaram a assistência em câncer no Brasil. Como observa Nancy Krieger (2011), “[...] a pactuação interfederativa é essencial para que políticas ambiciosas não sejam apenas textos bem intencionados, mas projetos viáveis que alinhem recursos, prioridades e processos” (p. 217). De forma complementar, Compton destaca que “[...] a governança eficaz exige transparência nos critérios de alocação de verbas e indicadores que permitam ao cidadão acompanhar o que foi prometido e o que efetivamente foi entregue” (2020, p. 226). Dessa forma, a nova regulamentação não se limita a definir padrões técnicos, mas inaugura um modelo de cogestão mais robusto e transparente.

Schottenfeld e Fraumeni (2006, p. 548) destacam que “[...] marcos regulatórios bem sucedidos são aqueles que detalham procedimentos, estabelecem prazos e criam incentivos claros para a adesão das instituições”. Em consonância com essa perspectiva, o recente regulamento federal sobre o cuidado integral ao paciente oncológico define em seu Art. 12 que todos os serviços habilitados deverão manter equipes multiprofissionais compostas, no mínimo, por oncologistas clínicos, cirurgiões oncológicos, radioterapeutas, psicólogos e profissionais de assistência social. Além disso, o Art. 18 determina que a confirmação diagnóstica e o estadiamento devem ocorrer em prazo máximo de 30 dias contados a partir do encaminhamento regulado, evidenciando a prioridade atribuída à agilidade assistencial. Assim, essa regulamentação estabelece não apenas princípios abstratos, mas dispositivos concretos que impactam diretamente o cotidiano dos serviços e os direitos dos pacientes.

Vale destacar que o Capítulo VI prevê também a criação de um Sistema Nacional de Avaliação da Qualidade em Oncologia¹⁷, responsável por atribuir níveis diferenciados de certificação com base em indicadores como taxa de início oportuno do tratamento e adesão a protocolos clínicos. Mukherjee (2010) observa que “[...] quando as normas se ancoram em prazos, parâmetros e métricas, tornam-se instrumentos reais de transformação, e não apenas expressões de boas intenções” (p. 382). Assim, o novo ordenamento jurídico-operacional configura um avanço ao unir detalhamento técnico, foco na qualidade e compromisso ético com a equidade. Para Robert C. Jackson (2023, p. 189):

[...] a efetividade de qualquer marco regulatório depende de sua capacidade de traduzir princípios gerais em requisitos concretos. Especificações detalhadas sobre a composição das equipes, os prazos para confirmação diagnóstica e os padrões mínimos para início do tratamento são essenciais. Sem essa clareza, as instituições frequentemente recorrem a práticas inconsistentes, e os pacientes vivenciam atrasos evitáveis. Ao incorporar métricas e prazos explícitos nos documentos de política, os sistemas de saúde transmitem uma mensagem clara de que a responsabilização não é opcional, mas central para um cuidado oncológico equitativo¹⁸.

Além disso, convém observar que o novo ato normativo federal sobre o cuidado oncológico introduz prazos e protocolos que explicitam direitos antes dispersos em regulamentos complementares. A título de exemplo, o Art. 20 estabelece que os pacientes devem ter garantido o início do tratamento no prazo máximo de 60 dias a contar da assinatura do laudo histopatológico que confirme o diagnóstico, regra que consolida e amplia a previsão da Lei nº 12.732/2012¹⁹. Em consequência disso, gestores estaduais e municipais passam a ter a obrigação de monitorar esses prazos por meio de sistemas informatizados, de modo a assegurar rastreabilidade e responsabilização

¹⁷ O Sistema Nacional de Avaliação da Qualidade em Oncologia (SNQO), instituído por meio da Portaria GM/MS nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025, estabelece diretrizes para garantir a qualidade e segurança dos serviços oncológicos no âmbito do SUS. Entre suas principais atribuições estão a definição de protocolos clínicos, integração de sistemas de informação, monitoramento, avaliação e auditoria das ações e serviços ofertados, além da promoção da capacitação de profissionais e da garantia da interoperabilidade entre dados clínicos e administrativos. O SNQO visa assegurar recursos financeiros adequados ao cuidado integral das pessoas com câncer, promovendo um sistema de governança com participação social e preconizando mecanismos de regulação e controle que fortaleçam a rede de prevenção e atenção oncológica, reduzindo disparidades regionais. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025*. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Qualidade em Oncologia (SNQO) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 fev. 2025.

¹⁸ Tradução nossa.

¹⁹ A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como “Lei dos 60 Dias”, estabeleceu que pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia maligna no âmbito do SUS tenham direito a iniciar o primeiro tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) em até 60 dias a partir da data do laudo patológico. A norma também prevê prioridade no fornecimento de analgésicos para indivíduos com manifestações dolorosas da doença, bem como responsabiliza gestores por eventuais descumprimentos e determina que estados com carência de serviços especializados elaborem planos regionais de expansão da rede oncológica¹. Essa legislação marcou um avanço significativo na garantia de acesso tempestivo ao tratamento oncológico, reduzindo atrasos críticos que impactam diretamente o prognóstico e a sobrevida dos pacientes com câncer. Ver: BRASIL. Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 nov. 2012.

em caso de descumprimento. Dito isso, o Art. 23 determina a necessidade de protocolos clínicos compatíveis com as melhores evidências científicas, contemplando terapias convencionais e, quando indicadas, tecnologias inovadoras com incorporação aprovada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)²⁰. Como observa Compton, “[...] a clareza normativa sobre prazos e protocolos não apenas orienta os gestores, mas empodera os pacientes, que passam a conhecer seus direitos e os critérios que balizam a assistência” (2020, p. 199). De forma complementar, Mukherjee (2010, p. 415) afirma que “[...] todo marco regulatório só se completa quando seus dispositivos se traduzem em compromissos explícitos com o tempo e com a dignidade de quem adoece”. Dessa maneira, esse conjunto normativo amplia o campo dos direitos e estabelece parâmetros objetivos para avaliar a efetividade da política oncológica.

Sloan e Gelband (2006, p. 352) afirmam que “[...] nenhum sistema de atenção oncológica se sustenta sem investimento constante na formação e atualização das equipes que lidam diariamente com os pacientes”. Nessa direção, o novo regulamento federal sobre o cuidado ao câncer define no Art. 28 que todas as unidades credenciadas deverão instituir programas estruturados de educação permanente, com carga horária mínima anual e conteúdo adaptado às especificidades regionais. Assim, a norma reconhece que a qualificação técnica e a humanização do atendimento são dimensões indissociáveis da qualidade assistencial. Vale destacar que o Art. 29 prevê que os serviços deverão participar de redes de tele-educação e de teleconsultoria, com o objetivo de democratizar o acesso ao conhecimento atualizado e fortalecer a capacidade de resposta local. Como observa Mukherjee, “[...] capacitar profissionais é investir não apenas em técnicas, mas também em vínculos que sustentam a confiança entre o paciente e o sistema” (2010, p. 337). Dessa forma, o novo regramento se diferencia de normativas anteriores por vincular habilitação e manutenção do credenciamento à comprovação efetiva de investimentos regulares na formação das equipes multiprofissionais.

Neste sentido, cumpre salientar que o novo instrumento legal que disciplina a política oncológica brasileira estabelece compromissos inéditos com a transparência e a participação social no

²⁰ A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, é o órgão responsável por assessorar o Ministério da Saúde na avaliação técnica e na recomendação de incorporação, exclusão ou modificação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com estrutura formalizada por lei e regulamentada pelo Decreto nº 7.646/2011, a CONITEC conta com um plenário que reúne representantes de entidades relevantes (Ministério da Saúde, ANVISA, ANS, Conselho Nacional de Saúde etc.) e com uma secretaria-executiva (DGITS/SCTIE/MS) que elabora os pareceres técnicos baseados em evidência científica e avaliação econômica, incluindo consulta pública para embasar decisões mais transparentes e participativas. Desde sua criação, a CONITEC já contribuiu para a incorporação de centenas de tecnologias ao SUS, fortalecendo a governança baseada em evidência, aprimorando a transparência do processo e estimulando a participação social nas decisões de saúde. Ver: BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 abr. 2011; Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Regulamenta o processo de incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 2011.

monitoramento da sua execução. Por exemplo, o Art. 35 determina que relatórios trimestrais sobre indicadores de acesso, qualidade e resultados assistenciais sejam publicados em sítio eletrônico oficial, em linguagem acessível ao cidadão. Em consequência disso, gestores, profissionais e usuários passam a dispor de uma base de dados pública que permite acompanhar se os prazos, metas e padrões de qualidade estão sendo cumpridos. Vale destacar que o Art. 37 define que os Conselhos de Saúde terão competência para solicitar informações detalhadas e formular recomendações sobre a implementação local dos dispositivos previstos no regulamento, fortalecendo o controle social e a “accountability institucional”. Como observa Compton (2020), “[...] tornar públicos os dados de desempenho não é apenas um exercício de gestão, mas uma afirmação política de respeito ao direito coletivo de fiscalização” (p. 221). Mukherjee acrescenta que “[...] toda política que cria canais efetivos de participação social amplia sua legitimidade e potencial transformador” (2010, p. 467). Assim sendo, esse conjunto normativo avança na construção de um modelo que combina direitos, responsabilidades e transparência, sinalizando um compromisso renovado com a democratização da saúde.

[...] a responsabilização pública nos sistemas de saúde não pode ser algo secundário. Quando os cidadãos têm acesso a dados claros e acessíveis sobre o desempenho dos serviços, estão mais bem preparados para questionar decisões, exigir melhorias e participar de esforços coletivos para promover a equidade. A transparência transforma direitos abstratos em ferramentas concretas de fiscalização. Ela também desafia as instituições a irem além da retórica, pois os indicadores compartilhados publicamente tornam difícil ignorar disparidades persistentes ou compromissos não cumpridos. Dessa forma, a abertura se torna tanto um mecanismo de mobilização social quanto um catalisador de mudanças nas políticas²¹ (Krieger, 2011, p. 267).

Em primeiro lugar, é importante destacar que a nova regulamentação do cuidado oncológico redefine de maneira decisiva o desenho das redes assistenciais, ao reconhecer que o enfrentamento do câncer só pode ser efetivo se articular, de forma orgânica, a Atenção Primária à Saúde, os pontos de alta complexidade e a Rede de Atenção às Doenças Crônicas. Com efeito, esse modelo estabelece que as linhas de cuidado passem a operar como percursos fluidos, com objetivos clínicos, prazos e responsabilidades compartilhadas entre serviços de diferentes portes e natureza jurídica. Vale ressaltar que, conforme o Art. 9º do Anexo XLIII, “[...] o cuidado integral à pessoa com câncer abrange a promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento especializado, reabilitação e cuidados paliativos, todos oferecidos de forma articulada e oportuna”. Mukherjee observa que “[...] redes que não constroem conexões vivas entre seus segmentos acabam funcionando como arquipélagos isolados, nos quais o paciente é sempre quem paga o preço da fragmentação” (2010,

²¹ Tradução nossa.

p. 387). Assim sendo, a proposta regulatória de uma rede integrada não apenas atualiza conceitualmente a oncologia pública, mas também introduz uma lógica de cuidado contínuo, centrada na pessoa e orientada por resultados em saúde.

Sloan e Gelband (2006, p. 279), observam que “[...] a vinculação efetiva entre atenção primária e cuidados especializados é o componente que mais frequentemente define o sucesso ou o fracasso de políticas oncológicas em sistemas universais”. Nessa perspectiva, o recente ato normativo sobre o cuidado integral ao câncer estabelece “uma integração inédita” com a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, criando fluxos de referência e contra-referência que se iniciam na Unidade Básica de Saúde e se desdobram em serviços de média e alta complexidade. A título de exemplo, o Art. 14 determina que a detecção precoce seja responsabilidade compartilhada entre equipes de saúde da família e centros especializados, com protocolos que orientam o rastreamento e definem critérios de priorização no encaminhamento. Além disso, o Art. 21 prevê que toda pessoa com confirmação diagnóstica tenha assegurado, na atenção primária, acompanhamento longitudinal de suas necessidades clínicas e psicosociais. Em tempo, o novo arcabouço jurídico não restringe a atuação da APS a uma função periférica, mas a posiciona como elo fundamental na vigilância, no apoio ao autocuidado e na organização do itinerário terapêutico. Como aponta Compton (2020), “[...] transformar a atenção primária em núcleo articulador do cuidado oncológico é uma estratégia que fortalece a equidade e aproxima os serviços do cotidiano das pessoas” (p. 229). Dessa forma, esse modelo rompe com a fragmentação histórica e propõe redes capilares que acompanham o paciente desde o primeiro contato com o sistema até a reabilitação e os cuidados paliativos.

Além disso, é fundamental observar que o regulamento federal que disciplina o cuidado oncológico estabelece critérios objetivos de regionalização e hierarquização dos serviços, com a finalidade de assegurar acesso equitativo e racionalizar os recursos disponíveis. Assim, o texto normativo define que os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) devem ser distribuídos conforme parâmetros populacionais, carga de doença e capacidade instalada das macrorregiões de saúde. Por exemplo, o Art. 10 determina que cada Região de Saúde deverá contar, no mínimo, com um serviço de referência habilitado, garantindo cobertura territorial e resolutividade clínica. Vale destacar que o Art. 11 introduz um critério de priorização que considera a vulnerabilidade socioeconômica e a distância média entre os municípios e os pontos de atenção terciária. Mukherjee observa que “[...] quando as políticas reconhecem a desigualdade geográfica e a transformam em critério de organização da rede, elas deixam de reproduzir iniquidades históricas e passam a corrigi-las” (2010, p. 423). De forma complementar, Schottenfeld e Fraumeni (2006) afirmam que “[...] a hierarquização bem

definida cria trajetórias assistenciais previsíveis, aumentando a confiança do paciente e a eficiência dos sistemas” (p. 561). Dessa forma, a nova regulamentação confere maior transparência ao processo de planejamento e fortalece o compromisso com a equidade territorial.

Schottenfeld e Fraumeni (2006, p. 589), destacam que “[...] a definição clara de papéis e responsabilidades entre diferentes níveis de serviços é o ponto de partida para criar redes que sejam efetivamente funcionais”. Nesse sentido, o marco regulatório atualizado sobre o cuidado ao câncer delimita atribuições específicas para os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Referência, cada um com competências e padrões mínimos de funcionamento. Em consequência disso, o Art. 16 prevê que os CACON tenham estrutura para ofertar todos os componentes do tratamento – cirurgia oncológica, quimioterapia, radioterapia e cuidados paliativos – em caráter regionalizado, enquanto as UNACON poderão ser habilitadas em conformidade com a oferta parcial de terapias, desde que articuladas a fluxos regulatórios que completem a integralidade do cuidado. Vale mencionar que o Art. 17 também estabelece que os Centros de Referência assumam funções de apoio técnico, formação continuada e supervisão das redes de atenção nas macrorregiões. Como observa Compton, “[...] esse modelo cria um ecossistema onde cada unidade cumpre uma missão específica, mas interdependente, evitando sobreposições e vazios assistenciais” (2020, p. 204). Dessa maneira, essa arquitetura organizacional busca materializar o princípio da integralidade, assegurando que pacientes tenham acesso progressivo e ordenado aos diferentes níveis de complexidade.

[...] estabelecer papéis claros para cada nível de cuidado oncológico é fundamental para construir um sistema eficiente e equitativo. Os centros de câncer de abrangência completa devem atuar como polos regionais que oferecem todo o espectro de serviços, enquanto unidades menores podem concentrar-se em tratamentos selecionados em coordenação com fluxos de referência. Sem essa clareza, os recursos costumam ser desperdiçados em duplicações ou permanecer ociosos em uma parte da rede, enquanto pacientes em outros locais enfrentam longas esperas e acesso limitado. Uma abordagem escalonada, baseada em competências e responsabilidades bem definidas, permite que os sistemas de saúde aloque investimentos de forma estratégica e assegure a continuidade do cuidado²² (Sloan e Gelband, 2006, p. 303).

Além disso, é fundamental observar que o novo regramento federal sobre a atenção ao câncer incorpora o conceito de “navegação de pacientes” como estratégia obrigatória de integração entre os diferentes pontos de atenção. Em outras palavras, o Art. 25 estabelece que todos os serviços habilitados deverão garantir profissionais ou equipes responsáveis pelo acompanhamento contínuo dos usuários, desde o encaminhamento inicial até o término do tratamento e a fase de seguimento. Por

²² Tradução nossa.

exemplo, esse dispositivo normativo define que o processo de navegação inclua a oferta de orientações sobre direitos, o monitoramento ativo dos prazos de acesso e o apoio psicosocial personalizado, com registro sistemático em prontuário eletrônico. Como observa Mukherjee, “[...] quando o sistema cria pontes vivas entre etapas que antes eram separadas por silêncios e incertezas, ele humaniza a experiência do paciente e qualifica a resposta assistencial” (2010, p. 472). De igual maneira, Schottenfeld e Fraumeni (2006) afirmam que “[...] políticas que institucionalizam a figura do navegador tornam-se mais sensíveis às vulnerabilidades concretas, pois reconhecem que nem todos os usuários têm condições de transitar sozinhos pela complexidade dos serviços” (p. 609). Dessa forma, essa inovação normativa confere protagonismo ao acompanhamento próximo, superando modelos centrados apenas na regulação administrativa.

Mukherjee (2010, p. 395) observa que “[...] incorporar tecnologias digitais no cuidado do câncer é, antes de tudo, uma estratégia de democratização do conhecimento e de ampliação da capacidade resolutiva dos territórios”. Assim, o atual dispositivo normativo que disciplina a atenção oncológica introduz de maneira pioneira o uso obrigatório de plataformas de telemedicina e de telessaúde como ferramentas de suporte diagnóstico, decisão clínica e educação permanente. Por exemplo, o Art. 27 determina que todos os CACON e UNACON implementem, em até 12 meses, serviços estruturados de teleconsultoria, capazes de oferecer segunda opinião especializada a profissionais da atenção primária e dos serviços regionais de menor complexidade. Soma-se a isso, o Art. 28 prevê que protocolos clínicos e fluxos assistenciais sejam integrados a sistemas de prontuário eletrônico e a centrais de regulação, com o objetivo de reduzir tempos de espera e promover maior rastreabilidade das informações. Vale ressaltar que essa inovação não se limita a uma modernização tecnológica, mas está orientada pelo compromisso de aproximar saber especializado e necessidades locais. Como aponta Compton (2020), “[...] a telemedicina, quando planejada de forma sistêmica, não é apenas uma ferramenta a mais, mas um eixo que sustenta a capacidade da rede de responder às demandas crescentes com agilidade e qualidade” (p. 214). Dessa forma, a regulamentação atual coloca o uso inteligente de tecnologias como elemento estruturante da linha de cuidado oncológico.

Assim, convém observar que o novo regulamento federal estabelece a obrigatoriedade de adotar protocolos clínicos baseados em evidências científicas e revisados periodicamente, como estratégia de reduzir variabilidades injustificadas no cuidado e assegurar maior previsibilidade terapêutica. Em outras palavras, o Art. 19 determina que cada unidade habilitada mantenha atualizado um conjunto mínimo de diretrizes assistenciais contemplando as etapas de rastreamento, confirmação diagnóstica, estadiamento, tratamento e acompanhamento. Destacamos o Art. 22 que introduz um dispositivo inovador ao prever que esses protocolos sejam pactuados em instâncias regionais de

governança, permitindo que especificidades epidemiológicas e estruturais dos territórios sejam contempladas na sua adaptação. Como aponta Mukherjee (2010, p.358): “[...] protocolos só são efetivos quando deixam de ser papéis engavetados e passam a orientar decisões cotidianas, mediadas pela singularidade de cada caso”. Schottenfeld e Fraumeni (2006, p. 576) afirmam que “[...] a padronização clínica não é um fim em si, mas uma ferramenta para alinhar expectativas, qualificar processos e proteger o paciente da arbitrariedade”. Dessa forma, o conjunto normativo confere aos protocolos uma função estratégica na consolidação da linha de cuidado oncológico, articulando ciência, pontuação e compromisso ético.

[...] as diretrizes clínicas só têm valor na medida em que conseguem influenciar a prática cotidiana. Por essa razão, é essencial que os protocolos sejam elaborados com a participação de diferentes partes interessadas, atualizados regularmente para incorporar novas evidências e adaptados às realidades locais. A padronização não deve significar rigidez. Ao contrário, deve servir como um referencial que promova um cuidado consistente e de alta qualidade, permitindo ao mesmo tempo que os profissionais tenham flexibilidade para responder às necessidades individuais dos pacientes. Sem esse equilíbrio, os protocolos correm o risco de se desconectarem das circunstâncias complexas em que o cuidado realmente ocorre²³ (Varmus, 2010, p. 251).

Compton (2020, p. 196), observa que “[...] a atenção primária não deve ser apenas um ponto de entrada, mas uma âncora que garante a continuidade, a proximidade e o sentido do cuidado ao longo do tempo”. Assim sendo, o atual instrumento jurídico que rege a atenção oncológica estabelece que a Rede de Atenção Primária tem atribuições centrais na vigilância ativa e no suporte longitudinal aos pacientes. Por exemplo, o Art. 15 determina que as Unidades Básicas de Saúde sejam responsáveis por identificar sinais de alerta e conduzir encaminhamentos imediatos, segundo protocolos compartilhados com os serviços especializados. Além disso, o Art. 24 prevê que cada paciente com diagnóstico confirmado tenha um profissional de referência na equipe de saúde da família, encarregado de manter o vínculo assistencial durante o tratamento e o seguimento. Em outras palavras, essa organização busca combater a descontinuidade e reduzir situações em que pessoas em tratamento oncológico se afastam do acompanhamento regular por barreiras logísticas ou pela falta de acolhimento. Como destaca Mukherjee: “[...] a presença de um profissional que conhece a história do paciente e acompanha cada etapa é, muitas vezes, tão decisiva quanto a tecnologia disponível” (2010, p. 431). Dessa forma, o novo arcabouço legal reposiciona a Atenção Primária como núcleo estruturante da rede, rompendo com modelos centrados exclusivamente no nível hospitalar.

Neste sentido, cabe ressaltar que o novo ato normativo sobre o cuidado integral ao câncer estabelece diretrizes claras de corresponsabilidade entre as esferas federal, estadual e municipal,

²³ Tradução nossa.

criando mecanismos de pactuação que tornam mais previsível a organização da rede. Desse modo, o Art. 6º dispõe que cabe à União não apenas definir parâmetros nacionais de qualidade, mas também repassar recursos financeiros condicionados ao cumprimento de metas assistenciais e ao envio regular de informações ao Sistema Nacional de Regulação. Vale destacar que o Art. 7º atribui aos estados a tarefa de coordenar a regionalização dos serviços e supervisionar a implementação dos planos macrorregionais de atenção oncológica, articulados com os gestores municipais. Como observa Schottenfeld e Fraumeni, “[...] a pactuação federativa cria um território de corresponsabilidade, onde cada nível de governo se torna guardião de uma parte essencial da política” (2006, p. 602). De igual maneira, Mukherjee (2010) afirma que “[...] sem compromisso político e cooperação institucional, qualquer arcabouço legal corre o risco de ser apenas uma arquitetura vazia” (p. 359). Assim, a nova regulamentação se diferencia por associar definição de papéis, repasse de recursos e monitoramento pactuado, buscando reduzir a fragmentação histórica e fortalecer a governança compartilhada.

Mukherjee (2010, p. 450), salienta que “[...] não há política pública que se sustente apenas em boas intenções; é preciso medir, divulgar e aprender continuamente com os resultados obtidos”. Assim sendo, o mais recente marco normativo que disciplina a atenção oncológica no SUS institui mecanismos robustos de monitoramento e avaliação com foco na transparência e no aperfeiçoamento permanente. A título de exemplo, o Art. 33 determina que os serviços habilitados apresentem relatórios trimestrais com indicadores como tempo médio para início do tratamento, taxa de abandono, proporção de casos diagnosticados em estágios iniciais e percentuais de adesão aos protocolos clínicos. Além disso, o Art. 34 estabelece que esses relatórios sejam disponibilizados em plataformas digitais de acesso público, permitindo que conselhos de saúde, gestores e cidadãos acompanhem de maneira qualificada a efetividade da política. Vale destacar que esse dispositivo normativo prevê ainda que os dados subsidiem processos de recertificação e a redefinição dos tetos financeiros transferidos aos serviços. Como aponta Compton: “[...] a transparência é o antídoto mais eficaz contra a inércia institucional, porque expõe resultados e fortalece o controle social” (2020, p. 212). Dessa forma, o ordenamento atual transforma a avaliação em eixo estratégico, associando qualidade assistencial, responsabilização e aprendizado coletivo.

[...] no cuidado oncológico moderno, transparência e mensuração não são opcionais – são pilares essenciais do progresso. Quando os sistemas de saúde divulgam publicamente métricas de desempenho, eles criam condições que recompensam a melhoria e desencorajam a complacência. Monitorar indicadores como a oportunidade do tratamento, a adesão a protocolos baseados em evidências e os desfechos dos pacientes permite que formuladores de políticas e cidadãos vejam se os compromissos declarados estão sendo cumpridos. Nesse

sentido, a transparência não é apenas um exercício de prestação de contas, mas uma alavanca poderosa para a responsabilização e o aprendizado contínuo²⁴ (Jackson, 2023, p. 211).

Por isso, convém observar que uma das maiores potencialidades do novo marco normativo reside no seu compromisso explícito com a reorientação do modelo assistencial oncológico, ao incorporar os princípios da integralidade, da regionalização e da responsabilidade compartilhada como fundamentos estruturantes. Ou seja, a nova política parte do pressuposto de que o enfrentamento do câncer não pode mais ser pensado como uma soma de procedimentos isolados, mas como “uma rede viva de processos assistenciais coordenados”. Vale destacar que, conforme o Art. 9º do texto normativo, a atenção ao câncer deverá “articular prevenção, detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em fluxos contínuos e pactuados regionalmente”. Como afirma Compton (2020, p. 205): “[...] construir um sistema de atenção oncológica integral é reconhecer que cada etapa é interdependente e que o fracasso em uma compromete todas as demais”. De forma complementar, Mukherjee observa que “[...] as políticas mais transformadoras são aquelas que redefinem não apenas o que se faz, mas o modo como às instituições se relacionam com o sofrimento humano” (2010, p. 370). Assim sendo, a proposta regulatória apresenta potencial inédito de reorganizar a oncologia pública sob uma lógica mais humana, transparente e orientada a resultados.

Além disso, cabe ressaltar que a nova regulamentação demonstra potencial transformador ao combinar diretrizes amplas e dispositivos normativos específicos que conferem clareza operacional às responsabilidades institucionais. Por exemplo, o Art. 2º do Anexo XLIII define como objetivos centrais a redução da mortalidade e a garantia de acesso integral ao cuidado, enquanto o Art. 19 vincula essas metas a indicadores expressos nos Planos Regionais de Saúde, fomentando monitoramento contínuo. Em outras palavras, a política se estrutura sobre o princípio de que a qualidade não é uma variável residual, mas o eixo que legitima todas as etapas da atenção oncológica. Como observa Mukherjee, “[...] o êxito de qualquer política depende de sua capacidade de transformar boas intenções em compromissos verificáveis, que possam ser acompanhados por quem usufrui e por quem financia o sistema” (2010, p. 412). De forma complementar, Compton (2020) destaca que “[...] a clareza normativa sobre prazos, papéis e métricas cria as condições institucionais para que os direitos se convertam em práticas cotidianas” (p. 217). Todavia, é fundamental observar que o detalhamento normativo também traz desafios de implementação, sobretudo em regiões onde persistem desigualdades históricas de infraestrutura, recursos humanos e capacidade de gestão.

²⁴ Tradução nossa.

Schottenfeld e Fraumeni (2006, p. 583), destacam que “[...] nenhuma política oncológica sobrevive ao longo do tempo se não houver previsibilidade orçamentária e compromisso político com o financiamento perene”. Dessa forma, apesar do arcabouço inovador do novo regulamento, um dos maiores desafios consiste em assegurar que as diretrizes de ampliação do acesso sejam acompanhadas por fontes estáveis de recursos financeiros. Vale mencionar que o Art. 31 estabelece que os repasses federais deverão ser condicionados à adesão formal aos planos regionais e à comprovação de cumprimento progressivo de metas assistenciais, estratégia que busca estimular compromissos pactuados. Contudo, em regiões com restrições fiscais severas, o risco de subfinanciamento permanece, comprometendo a manutenção de equipes multiprofissionais, a aquisição de insumos de alto custo e a oferta de tratamentos complexos. Logo, a sustentabilidade do modelo proposto exigirá negociações permanentes entre União, estados e municípios, com pactuação de contrapartidas e mecanismos de proteção orçamentária. Como observa Mukherjee, “[...] o câncer testa não só a competência técnica dos sistemas, mas também sua disposição de investir de modo contínuo em vidas que custam caro ao orçamento público” (2010, p. 446). Dessa maneira, garantir financiamento adequado será decisivo para que a política não se converta em um projeto meramente formal.

[...] o controle sustentável do câncer requer compromissos orçamentários de longo prazo que sejam protegidos de flutuações políticas e econômicas de curto prazo. Programas que dependem de financiamentos intermitentes ou de alocações pontuais inevitavelmente enfrentam dificuldades para manter níveis adequados de pessoal, investir em infraestrutura e garantir o fornecimento de insumos essenciais. Mecanismos de financiamento previsíveis, vinculados a indicadores de desempenho claros e a relatórios transparentes, são indispensáveis. Sem essas salvaguardas, mesmo as políticas mais cuidadosamente elaboradas deixarão de oferecer um cuidado consistente e equitativo (Sloan e Gelband, 2006, p. 397).

Além disso, é importante destacar que a consolidação do novo modelo oncológico dependerá diretamente da capacidade do sistema de formar, alocar e reter profissionais com competências específicas e compromisso com o cuidado integral. Ou seja, o Art. 28 do dispositivo normativo estabelece que todos os serviços habilitados mantenham programas permanentes de capacitação multiprofissional, com carga horária mínima anual e mecanismos de avaliação da aprendizagem. Vale mencionar que o Art. 29 determina que a certificação e a recertificação das unidades estejam condicionadas à comprovação de adesão a programas de educação continuada, incluindo conteúdos sobre protocolos clínicos, tecnologias emergentes e humanização do atendimento. Como aponta Compton (2020, p. 230): “[...] um sistema que não investe na qualificação de suas equipes está sempre condenado a reproduzir desigualdades e improvisos”. De forma complementar, Mukherjee afirma que “[...] a competência técnica é o chão sobre o qual se ergue qualquer política que pretenda ser justa e eficaz” (2010 p. 363). Assim, o ordenamento atual inova ao atrelar a habilitação dos serviços à

qualificação constante dos profissionais, reconhecendo que o conhecimento atualizado é condição indispensável para transformar a experiência do cuidado.

Compton (2020, p. 208), afirma que “[...] em países continentais, a distância entre o direito formal e o cuidado efetivo quase sempre é medida em quilômetros”. Assim sendo, mesmo com a robustez do novo conjunto normativo, a redução das desigualdades regionais representa um desafio estratégico. Dito isso, o Art. 11 prevê que a priorização dos investimentos considere indicadores de vulnerabilidade socioeconômica e o raio médio de deslocamento da população até os pontos de alta complexidade. Em outras palavras, a política busca romper com lógicas historicamente concentradoras que privilegiaram capitais e grandes centros urbanos em detrimento do interior profundo. Contudo, a materialização dessa diretriz dependerá da capacidade dos estados de elaborar planos regionais com diagnóstico preciso das necessidades epidemiológicas e dos vazios assistenciais. O Art. 12 obriga a adoção de metas progressivas de cobertura, que deverão ser revisadas a cada três anos, considerando a expansão da rede e a incorporação de novas tecnologias. Mukherjee (2010) observa que “[...] quando a distância física coincide com desigualdade econômica, cria-se um duplo obstáculo que afasta os pacientes do cuidado oportuno” (p. 419). Dessa forma, enfrentar as barreiras geográficas será decisivo para que a política seja, de fato, uma estratégia inclusiva e nacional.

Além disso, é fundamental observar que o recente dispositivo legal que regulamenta a política oncológica estabelece bases inéditas para consolidar uma cultura avaliativa voltada à transparência e à melhoria contínua. Assim, o Art. 33 define que relatórios trimestrais sejam elaborados por cada serviço habilitado, contemplando indicadores como taxa de abandono de tratamento, proporção de diagnósticos em estágios precoces e tempo médio de início da terapêutica. Destaca-se que o Art. 34 obriga a publicação pública desses relatórios em plataformas digitais, criando instrumentos de controle social e accountability que podem qualificar o debate público sobre a eficiência da rede. Como observa Mukherjee: “[...] tornar os dados visíveis é criar condições para que o paciente, o gestor e a sociedade compartilhem a responsabilidade pela qualidade” (2010, p. 456). De forma complementar, Compton (2020, p. 223) pontua que “[...] os sistemas que incorporam a avaliação como rotina tendem a evoluir mais rapidamente, pois aprendem com seus erros e transformam resultados em novas práticas”. Dessa maneira, a política não se limita a definir padrões técnicos, mas inaugura uma lógica de monitoramento permanente que pode fortalecer a legitimidade e a eficácia do cuidado.

[...] sistemas que incorporam a avaliação em suas rotinas diárias criam ambientes onde o aprendizado é constante e os erros se transformam em oportunidades, em vez de fontes de vergonha. Tornar os dados publicamente acessíveis reforça essa dinâmica, ao incentivar o diálogo, a análise crítica e a colaboração entre setores. Quando os indicadores de desempenho são transparentes, eles não apenas impulsionam melhorias, mas também fortalecem a confiança entre as instituições e as comunidades que atendem. Essa abertura é essencial para transformar compromissos abstratos com a equidade e a qualidade em realidades mensuráveis. (Krieger, 2011, p. 273).

Schottenfeld e Fraumeni (2006, p. 612), destacam que “[...] a inteligência sanitária depende de informações oportunas, interoperáveis e analisadas em tempo real, sem o que qualquer política se torna cega diante da complexidade”. Assim, o novo arcabouço jurídico da atenção oncológica prevê que os fluxos assistenciais e regulatórios sejam sustentados por plataformas digitais integradas. O Art. 27 determina que os serviços habilitados devem incorporar sistemas de telemedicina e teleconsultoria, garantindo suporte diagnóstico e segunda opinião especializada. Em outras palavras, essa inovação pretende reduzir as distâncias geográficas e ampliar a capacidade de resposta dos pontos de atenção primária e secundária. Vale mencionar que o Art. 28 estabelece que a adesão ao prontuário eletrônico nacional seja critério obrigatório para certificação e recertificação da habilitação, criando um incentivo para modernizar processos e qualificar o registro clínico. Como observa Mukherjee (2010), “[...] sem governança da informação, o câncer continuará sendo uma doença enfrentada por estatísticas parciais e decisões fragmentadas” (p. 441). Dessa forma, a digitalização dos fluxos não é apenas um detalhe técnico, mas uma estratégia que pode redefinir a efetividade da política e a experiência do cuidado.

Todavia, cabe ressaltar que a sustentabilidade de longo prazo dessa iniciativa normativa dependerá, em grande medida, da capacidade federativa de manter investimentos regulares e mecanismos de repartição equitativa de responsabilidades. Em outras palavras, o Art. 6º do dispositivo legal estipula que a União deve assegurar o financiamento proporcional à expansão da rede e à incorporação de novas tecnologias, enquanto estados e municípios assumem contrapartidas financeiras e organizacionais progressivas. Vale mencionar que o Art. 7º vincula os repasses federais ao cumprimento de metas pactuadas, criando uma lógica de indução que estimula compromissos regionais efetivos. Contudo, em cenários de restrição fiscal, há o risco de que a execução plena do modelo seja comprometida por contingenciamentos ou disputas orçamentárias que afetam especialmente regiões menos desenvolvidas. Como aponta Compton (2020, p. 219): “[...] políticas que não protegem seus recursos orçamentários acabam sendo capturadas por disputas conjunturais e deixam de responder às necessidades reais da população”. Mukherjee observa que “[...] investir em câncer é investir em justiça, mas também em escolhas políticas que raramente são neutras” (2010,

p. 475). Dessa forma, garantir a previsibilidade do financiamento se torna não apenas uma questão técnica, mas uma afirmação ética do compromisso com a equidade.

Mukherjee (2010, p. 469), pontua que “[...] políticas que não abrem espaço para a voz coletiva costumam se distanciar da realidade e perder legitimidade diante de quem mais precisa delas”. Nesse sentido, o novo regulamento que disciplina a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer fortalece a participação social como eixo de monitoramento e fiscalização. O Art. 37, por exemplo, determina que os relatórios de desempenho, produzidos trimestralmente pelos serviços habilitados, sejam apresentados aos Conselhos de Saúde, que podem emitir recomendações e instaurar processos de apuração em caso de descumprimento das metas. Em outras palavras, essa previsão cria uma instância de diálogo permanente entre gestores, trabalhadores e usuários, capaz de conferir maior transparência às decisões e maior poder de intervenção à sociedade civil. Vale destacar que o Art. 38 estipula que o cidadão tem direito de acesso, sem necessidade de justificativa, a todas as informações sobre indicadores assistenciais, critérios de habilitação e fluxos de regulação. Como observa Compton (2020, p. 225): “[...] a participação social qualificada é o que diferencia uma política pública de uma política de governo, pois sustenta o compromisso ao longo dos ciclos eleitorais”. Dessa forma, a regulamentação atual consolida o controle público como parte constitutiva do cuidado oncológico e não apenas como instância acessória.

[...] a participação genuína não se alcança simplesmente ao convidar representantes da comunidade para reuniões ocasionais. Ela requer mecanismos que assegurem acesso contínuo à informação, oportunidades de influenciar os processos de tomada de decisão e canais claros de responsabilização. Quando os cidadãos têm poder para questionar e moldar as políticas, seu engajamento fortalece a legitimidade dos esforços de saúde pública. Essa forma de governança participativa transforma receptores passivos em atores ativos, que compartilham a responsabilidade pelos resultados (Krieger, 2011, p. 269).

Além disso, é importante destacar que a nova regulamentação da atenção oncológica não se limita a disciplinar procedimentos, mas propõe mecanismos que estimulam o aprendizado institucional e a capacidade adaptativa dos serviços. Em outras palavras, o Art. 39 estabelece que os dados consolidados de monitoramento deverão embasar ciclos de revisão periódica dos planos regionais, criando espaços formais para atualização de metas e pactuação de novas prioridades. Vale mencionar que o Art. 40 prevê que a Comissão Nacional de Avaliação em Oncologia produza relatórios anuais com recomendações de aprimoramento baseadas em evidências coletadas nos territórios. Como observa Compton (2020, p. 228): “[...] políticas que integram momentos de reflexão crítica tornam-se mais resilientes, pois transformam cada falha em insumo para inovação” De forma complementar, Mukherjee (2010) salienta que “[...] a capacidade de aprender com a própria prática

distingue sistemas que amadurecem daqueles que apenas acumulam normas” (p. 493). Dessa forma, a proposta normativa se articula como um modelo dinâmico, que conjuga responsabilização e abertura ao aprimoramento contínuo, reconhecendo que a complexidade do câncer exige não só regulação, mas também humildade institucional.

4 CONCLUSÃO

É importante destacar que a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e a Portaria nº 6.590/2025 representam, de modo inédito, um esforço sistemático para reorganizar a atenção oncológica no SUS em bases mais integradas, contínuas e orientadas pela equidade. Ao longo deste estudo, observou-se que os avanços conceituais introduzidos pela normativa se refletem, sobretudo, na incorporação do paradigma do cuidado integral e na valorização da vigilância epidemiológica como fundamento para decisões informadas. Em outras palavras, não se trata apenas de atualizar fluxos assistenciais, mas de propor um redesenho ético e operacional que reconheça a complexidade histórica do câncer e as desigualdades que marcam o seu enfrentamento no Brasil.

Além disso, convém observar que os instrumentos normativos consolidados pela Portaria trouxeram maior clareza sobre atribuições institucionais e responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios, aspecto decisivo para reduzir zonas de inércia que, por décadas, perpetuaram descontinuidades no cuidado. Por exemplo, a definição detalhada dos prazos para confirmação diagnóstica e início do tratamento configura uma conquista normativa que desloca antigas promessas retóricas para compromissos verificáveis, passíveis de monitoramento público. Ainda assim, permanece como desafio a capacidade de financiar e implantar essas diretrizes em contextos regionais tão desiguais, em que a infraestrutura, a formação de equipes e a governança local variam profundamente.

Do mesmo modo, merece atenção o fato de que os avanços organizativos delineados pelo novo marco legal reposicionam os CACON e UNACON como pontos estratégicos de articulação das redes regionais, atribuindo-lhes papéis que transcendem a oferta de procedimentos de alta complexidade. Assim, esses serviços passam a ser referência também para a educação permanente, a supervisão técnica e o apoio matricial, elementos centrais de um modelo que pretende transformar percursos fragmentados em trajetórias de cuidado contínuo. Contudo, como se viu, a efetivação desse desenho institucional depende, em larga medida, da pactuação federativa e da disposição dos gestores de consolidar planos regionais de saúde oncológica alinhados às realidades epidemiológicas e sociais.

Por isso, é fundamental observar que a nova política também introduz dispositivos inovadores de participação social, transparência e accountability, criando condições para que usuários, conselhos

de saúde e organizações da sociedade civil possam acompanhar resultados e incidir sobre decisões. Em síntese, essa dimensão democratizante reforça a ideia de que o enfrentamento do câncer não pode ser uma agenda restrita a tecnocracias ministeriais, mas uma construção coletiva que reflete prioridades e valores da sociedade brasileira.

Ainda assim, apesar das inovações conceituais e regulatórias, persistem riscos significativos. Entre eles, destacam-se as restrições orçamentárias, a heterogeneidade da capacidade gestora e a histórica fragmentação do SUS, que poderão limitar a transformação das diretrizes em práticas efetivas. Em outras palavras, a magnitude do desafio não deve ser subestimada: reorganizar o cuidado oncológico exigirá investimento contínuo, compromisso político e, sobretudo, disposição para aprender com os erros acumulados ao longo de décadas.

Assim, pode-se afirmar que esta pesquisa identificou que a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e sua regulamentação introduzem um conjunto robusto de avanços conceituais – ao reafirmar a integralidade e a equidade como princípios orientadores; avanços normativos – ao consolidar direitos objetivos e parâmetros de qualidade; e avanços organizativos – ao redesenhar fluxos e pactuar responsabilidades intergovernamentais. Contudo, o êxito dessa promessa dependerá, em última instância, da capacidade de transformar marcos legais em realidades vividas, capazes de proteger a dignidade e a vida das pessoas que, todos os dias, enfrentam a experiência do câncer.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2008. Atlanta: American Cancer Society, 2008.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2009. Atlanta: American Cancer Society, 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2011. Atlanta: American Cancer Society, 2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2012. Atlanta: American Cancer Society, 2012.

AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.

BOZZONE, D. M. Cancer. New York: Chelsea House, 2007.

COMPTON, C. C. Cancer: the problem and the solution. Cambridge: Elsevier, 2020.

DEVITA, V. T.; LAWRENCE, T. S.; ROSENBERG, S. A. DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: principles and practice of oncology. 12. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Entre o fim e o infinito – Formação e prática tanatológica no cuidado à morte e ao morrer em pacientes gravemente enfermos. ARACÊ, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 27081-27137, 2025. DOI: 10.56238/arev7n5-352. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/5361>. Acesso em: 23 jun. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). ARACÊ, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 17006-17039, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-082. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4324> Acesso em: 10 Jun. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Prevenção ou medicalização? Os desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) na era do rastreio populacional e da gestão de risco. ARACÊ, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 10567-10589, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-287. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3902> Acesso em: 10 Jun. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Por uma Atenção Primária transformadora: formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado à Saúde da Família. ARACÊ, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 11001-11030, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-054. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700> Acesso em: 10 Jun. 2025.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREGNANI, J. H. T. G. Epidemiologia do câncer: desafios e perspectivas. São Paulo: Atheneu, 2023.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JACKSON, R. C. *Evolutionary dynamics of malignancy: the genetic and environmental causes of cancer*. Cham: Springer, 2023.

KRIEGER, N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. New York: Oxford University Press, 2011.

KRIEGER, N. *Ecosocial theory, embodied truths, and the people's health*. New York: Oxford University Press, 2021.

MARMOT, M. *Social determinants of health: the solid facts*. 2. ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

MUKHERJEE, S. *The emperor of all maladies: a biography of cancer*. New York: Scribner, 2010.

MUKHERJEE, S. *The gene: an intimate history*. New York: Scribner, 2016.

PEREIRA, A. *Saúde pública e oncologia: interfaces e desafios*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SCIENTIFIC AMERICAN. *Tackling major killers: cancer*. New York: Scientific American, 2004.

SCHOTTENFELD, D.; FRAUMENI, J. F. *Cancer epidemiology and prevention*. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2006.

SLOAN, F. A.; GELBAND, H. *Cancer control opportunities in low- and middle-income countries*. Washington, DC: The National Academies Press, 2006.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. *World cancer report*. Lyon: IARC Press, 2003.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. *World cancer report 2014*. Lyon: IARC Press, 2014.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. *Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável*. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, 23(1), e8946, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv23n1-2025>. Acesso em: 10 Jun. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. *Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-Chul Han*. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(6), e6979, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-2024> Acesso em: 10 jun. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “*Ordem de saúde, norma familiar*”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitaristas e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo.

Observatório de la Economía Latinoamericana, 22(9), e6930, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-2024> Acesso em: 10 Jun. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(6), e7404, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/clcsv17n6-2024> Acesso em: 10 Jun. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(5), e4259, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n5-2024> Acesso em: 10 Jun. 2025.

VARMUS, H. *The emperor of all maladies: a biography of cancer*. New York: Scribner, 2010.

WEBER, M. *Ensaios de sociologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1949.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes*. Geneva: World Health Organization, 2006.