



## Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento do melanoma no Brasil: uma questão de geografia?

*Diagnosis-to-treatment intervals for melanoma in Brazil: a matter of geography?*

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170483>

### RESUMO

**Introdução:** O melanoma é um tipo de câncer de pele originado dos melanócitos, podendo acometer também as mucosas, as leptomeninges e o trato uveal. Embora menos prevalente que outros cânceres cutâneos, apresenta alta letalidade devido à sua agressividade, configurando um importante problema de saúde pública no Brasil.

**Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo principal avaliar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento de pacientes com melanoma em diferentes regiões do país no ano de 2024. Além disso, buscou-se identificar possíveis disparidades regionais nesse intervalo, bem como correlacionar com dados já existentes na literatura.

**Métodos:** Este estudo transversal analisou 4.405 casos de melanoma diagnosticados em 2024, com foco no tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, conforme dados do Sistema de Informação do Câncer, do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS). Avaliou-se o cumprimento do prazo legal máximo de 60 dias, estabelecido pela Lei nº 12.732/2012, nas cinco macrorregiões do país.

**Resultados:** Observou-se uma importante variação regional: a região Sul apresentou os melhores indicadores (34,25% dos pacientes tratados em até 30 dias), enquanto a região Norte teve o pior desempenho (22,41%). Destaca-se o elevado percentual de casos sem registro da data de início do tratamento (60,86% no Brasil; 68,10% no Norte), o que evidencia falhas nos sistemas de informação e, possivelmente, na efetivação do próprio tratamento. Além disso, a persistência de atrasos e as desigualdades regionais revelam deficiências estruturais na oferta de cuidados oncológicos.

**Conclusões:** Os resultados indicam a necessidade de fortalecer a regionalização da atenção, qualificar os registros e garantir o monitoramento dos prazos legais.

**Palavras-chave:** Melanoma; Diagnóstico; Brasil.

### ABSTRACT

**Introduction:** Melanoma is a type of skin cancer originating from melanocytes which may also affect mucous membranes, leptomeninges, and the uveal tract. Although less prevalent than other skin cancers, it has high lethality due to its aggressiveness, making it a significant public health problem in Brazil.

**Objective:** The primary objective of this study was to assess the time elapsed between diagnosis and treatment initiation for patients with melanoma in different regions of the country in 2024. In addition, it sought to identify possible regional disparities in this interval, as well as to correlate this information with existing data in the literature.

**Methods:** This cross-sectional study analyzed 4,405 cases of melanoma diagnosed in 2024, focusing on the diagnosis-to-treatment interval based on data from the Brazilian public health information systems (SISCAN, SIH, and SIA). The study assessed compliance with the 60-day legal maximum waiting time established by Law No. 12.732/2012 across the country's five macoregions.

**Results:** Regional disparities were observed: the South Region had the best indicators (34.25% of cases treated within 30 days), while the North Region had the worst performance (22.41%). A high percentage of cases had no recorded treatment initiation dates (60.86% nationwide; 68.10% in the North), revealing weaknesses in health information systems and possibly in treatment delivery. Persistent delays and regional inequalities highlight structural deficiencies in the provision of oncology care.

**Conclusion:** The findings underscore the need to strengthen the regionalization of care, improve recordkeeping, and implement effective mechanisms to enforce legal time limits.

**Keywords:** Melanoma; Diagnosis; Brazil.

## Artigo Original

### Authors:

Isabela Karina Vilas Boas<sup>1</sup>  
 Maria Julia de Medeiros Pedroza<sup>1</sup>  
 Milena Dias da Silva<sup>1</sup>  
 Beatriz Bernaud Coelho<sup>1</sup>  
 Magda Blessmann Weber<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Medicina, Porto Alegre (RS), Brasil

### Correspondência:

Isabela Karina Vilas Boas  
 E-mail: [isabelak.vilasboas@gmail.com](mailto:isabelak.vilasboas@gmail.com)

**Funding:** None.

**Conflict of interest:** None.

**Submitted on:** 06/22/2025

**Final decision:** 08/07/2025

### How to cite this article:

Vilas Boas IS, Pedroza MJM, Silva MD, Coelho BB, Weber MB. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento do melanoma no Brasil: uma questão de geografia? Surg Cosmet Dermatol. 2025;17:e20250483.



## INTRODUÇÃO

O câncer de pele tipo melanoma é uma neoplasia maligna de pele caracterizada pelo surgimento nos melanócitos. A origem cutânea é a mais comum, mas também pode decorrer das mucosas, das leptomeninges e do interior do trato uveal do olho.<sup>1</sup> Embora menos frequente que os cânceres de pele não melanoma (carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular), os quais apresentam os maiores números de incidência, segundo a Estimativa 2023 do Instituto Nacional de Câncer, o melanoma possui maior capacidade de invasão e metástase, além de taxas mais elevadas de mortalidade. No Brasil, ainda de acordo com a Estimativa 2023, ocorreram, em 2020, 1.923 óbitos por câncer de pele melanoma<sup>2</sup>. Portanto, o diagnóstico precoce, aliado ao acesso rápido ao tratamento, é fundamental para estagnar o potencial de invasividade, garantindo melhor prognóstico aos pacientes e maior sucesso terapêutico.

Nos últimos anos, em virtude da difusão do conhecimento a respeito dos fatores de risco para o melanoma consagrados pela literatura científica, como a exposição solar sem proteção, a pele clara e o envelhecimento, e do incentivo aos fatores de proteção, exemplificados pelo uso de fotoprotetores, o exame dermatológico de rotina e campanhas públicas, o cenário em relação ao câncer de pele maligno apresentou aumento nas taxas de tratamento.<sup>2,3</sup> Contudo, ao observar a linha temporal, nota-se que esse quadro já foi alarmante em relação aos índices de incidência, à taxa de mortalidade e, principalmente, ao intervalo diagnóstico-tratamento.<sup>3</sup> O melanoma representa, portanto, um importante problema de saúde pública, especialmente em relação ao número de óbitos, que ocorre, em grande parte, devido ao atraso entre o diagnóstico e o tratamento (intervalo diagnóstico-tratamento superior a 30 dias).

Tendo em vista o impacto do aumento do intervalo diagnóstico-tratamento no prognóstico e, conseqüentemente, na mortalidade dos pacientes acometidos, os brasileiros têm, de acordo com a Lei nº 12.732/2012, o direito de iniciar o primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em até 60 dias, contados a partir da data de emissão do laudo diagnóstico. A efetivação desse primeiro tratamento diz respeito à intervenção cirúrgica, radioterápica ou quimioterápica, conforme a necessidade do caso.<sup>4</sup> Este estudo teve como objetivo principal avaliar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento de pacientes com melanoma em diferentes regiões do Brasil no ano de 2024. Além disso, buscou-se identificar possíveis disparidades regionais nesse intervalo, bem como correlacioná-las com dados já existentes na literatura.<sup>1</sup>

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal analítico com dados provenientes do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), disponibilizados pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).<sup>3</sup> A definição do caso foi realizada a partir da união

entre os dados do Cartão Nacional de Saúde e o Cadastro Inter-nacional de Doenças (CID) relatado. A seleção dos casos ocorreu através do CID: “C43 – Melanoma maligno de pele.” Os casos referem-se ao período de janeiro a dezembro de 2024 e abrangem as cinco macrorregiões do Brasil. O intervalo, em dias, entre o exame diagnóstico e o primeiro tratamento foi estratificado em quatro categorias: 0 a 30 dias, 31 a 60 dias, mais de 60 dias e sem informação sobre o tratamento. Procedimentos cirúrgicos realizados antes do diagnóstico foram incluídos no intervalo de 0 a 30 dias. Os dados extraídos foram tabulados em planilhas do Excel para análise detalhada.<sup>3</sup> Conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, estudos que utilizam dados de domínio público não requerem apreciação pelo Sistema de Comitês de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

No recorte específico da região Norte do Brasil, observou-se um total de 116 casos de melanoma maligno de pele registrados no ano de 2024 (Quadro 1). A análise do intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento revelou um cenário preocupante quanto à efetividade da linha de cuidado oncológica na região. Dos 116 casos, apenas 26 (22,41%) iniciaram o tratamento em até 30 dias após o diagnóstico, percentual inferior à média nacional de 32,10%.<sup>3</sup> Esse dado é especialmente relevante considerando que o tratamento precoce está diretamente associado a melhores desfechos clínicos no melanoma, neoplasia reconhecida por sua elevada capacidade metastática.<sup>5</sup> Além disso, apenas quatro pacientes (3,45%) foram tratados no intervalo de 31 a 60 dias, prazo ainda permitido pela legislação brasileira, conforme estabelecido pela Lei nº 12.732/2012. Em contrapartida, sete casos (6,03%) iniciaram o tratamento após mais de 60 dias do diagnóstico, configurando atraso severo, o que potencialmente compromete o prognóstico dos pacientes. O dado mais alarmante, entretanto, refere-se à ausência de informação sobre o início do tratamento em 79 casos (68,10%). Esse número representa mais de 2/3 dos registros da região Norte e supera a média nacional, que é de 60,86%.<sup>1,4</sup> Tal lacuna pode refletir tanto falhas no registro e monitoramento dos dados quanto a inexistência de efetivação do tratamento, revelando um possível colapso informacional e assistencial na região.<sup>6</sup>

**TABELA 1: Tempo diagnóstico-tratamento da região Norte**

Tempo diagnóstico-tratamento	Casos
Até 30 dias	26 (22,41%)
31-60 dias	4 (3,45%)
Mais de 60 dias	7 (6,03%)
Sem informação	79 (68,10%)

Fonte: Adaptação de DATASUS, 2025

**TABELA 2: Tempo diagnóstico-tratamento da região Nordeste**

Tempo diagnóstico-tratamento	Casos
Até 30 dias	185 (32,34%)
31-60 dias	24 (4,20%)
Mais de 60 dias	45 (7,87%)
Sem informação	318 (55,59%)

Fonte: Adaptação de DATASUS, 2025

Na região Nordeste do Brasil, foram registrados 572 casos de melanoma maligno de pele em 2024, conforme dados extraídos das bases do DATASUS (Quadro 2). A análise do intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento revelou indicadores mais positivos em comparação à região Norte, mas que ainda evidenciam desafios relevantes no acesso e na efetividade do cuidado oncológico. Do total de casos, 185 pacientes (32,34%) iniciaram o tratamento em até 30 dias após o diagnóstico. Esse percentual está em conformidade com a média nacional (32,10%), indicando que aproximadamente 1/3 dos pacientes nordestinos recebeu tratamento no prazo considerado ideal pela literatura científica, que associa o tratamento precoce a uma maior sobrevida e a menores taxas de progressão do melanoma.<sup>7-9</sup> Adicionalmente, 24 pacientes (4,20%) iniciaram o tratamento entre 31 e 60 dias. Esses casos, embora ultrapassem o tempo ideal, ainda estão dentro do limite legal previsto pela Lei nº 12.732/2012, que estabelece prazo máximo de 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento no âmbito do SUS. Por outro lado, 45 pacientes (7,87%) iniciaram o tratamento somente após mais de 60 dias do diagnóstico, o que representa a maior proporção de atrasos severos entre todas as regiões analisadas até o momento. Esse dado é preocupante, pois sugere a existência de entraves estruturais que afetam diretamente a resolutividade e o tempo de resposta do sistema de saúde no enfrentamento do melanoma.<sup>6</sup> Outro ponto que merece destaque é o elevado número de casos sem informação sobre o início do tratamento. Foram registrados 318 casos (55,59%) sem qualquer dado sobre a efetivação do tratamento, o que compromete a análise da linha de cuidado e a avaliação de políticas públicas. Apesar de inferior à média da região Norte, esse número ainda representa mais da metade dos registros da região Nordeste, apontando para possíveis fragilidades nos sistemas de registro, acompanhamento e monitoramento dos pacientes com melanoma.<sup>6,7</sup>

Na região Centro-Oeste, foram registrados 238 casos de melanoma maligno de pele ao longo do ano de 2024, segundo dados provenientes dos sistemas de informação do DATASUS (Quadro 3). A distribuição dos casos, segundo o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, revela um cenário de atenção intermediária em comparação às demais regiões do Brasil, com predominância de registros sem informação sobre o início do tratamento. Do total, 71 pacientes (29,83%) iniciaram

**TABELA 3: Tempo diagnóstico-tratamento da região Centro-Oeste**

Tempo diagnóstico-tratamento	Casos
Até 30 dias	71 (29,83%)
31-60 dias	6 (2,52%)
Mais de 60 dias	14 (5,88%)
Sem informação	147 (61,76%)

Fonte: Adaptação de DATASUS, 2025

o tratamento em até 30 dias após o diagnóstico, percentual ligeiramente inferior à média nacional (32,10%). Embora não represente um dos piores desempenhos regionais, esse percentual ainda indica que menos de 1/3 dos pacientes foi tratado dentro do intervalo ideal, segundo as boas práticas clínicas, que recomendam o início do tratamento o mais breve possível para aumentar as chances de controle da doença.<sup>7-9</sup> Outros seis casos (2,52%) tiveram início do tratamento entre 31 e 60 dias, intervalo ainda permitido pela legislação vigente. Esse dado evidencia que a maioria dos pacientes que não inicia tratamento nos primeiros 30 dias tampouco o faz dentro do limite legal, o que pode indicar entraves mais prolongados no fluxo assistencial.<sup>4</sup> Além disso, 14 pacientes (5,88%) iniciaram o tratamento após mais de 60 dias do diagnóstico, extrapolando o limite legal e configurando atraso crítico, com potenciais implicações negativas para o prognóstico clínico.<sup>10-13</sup> Essa proporção é considerável e semelhante à de outras regiões com maiores dificuldades estruturais, como o Norte e o Nordeste. Contudo, o dado mais expressivo é o número de casos sem informação sobre o início do tratamento, que corresponde a 147 registros (61,76%). Esse percentual é superior à média nacional (60,86%) e o terceiro maior entre as regiões, ficando atrás apenas do Norte e do Sudeste. A ausência de tais informações compromete a análise da efetividade do cuidado e dificulta o monitoramento das políticas públicas de atenção ao câncer na região.

A região Sudeste concentrou o maior número absoluto de casos de melanoma maligno de pele no ano de 2024, com um total de 1.733 registros (Quadro 4). Esse volume expressivo representa uma proporção substancial da amostra nacional ana-

**TABELA 4 - Tempo diagnóstico-tratamento da região Sudeste**

Tempo diagnóstico-tratamento	Casos
Até 30 dias	534 (30,81%)
31-60 dias	37 (2,14%)
Mais de 60 dias	71 (4,10%)
Sem informação	1.091 (62,95%)

Fonte: Adaptação de DATASUS, 2025

lisada e reflete a densidade populacional da região, bem como a maior capilaridade dos sistemas de notificação. Em relação ao intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, 534 pacientes (30,81%) iniciaram o tratamento em até 30 dias. Esse índice, embora ligeiramente inferior à média nacional (32,10%), demonstra uma capacidade relativamente eficiente de resposta nos casos que recebem tratamento. No entanto, considerando o volume total de pacientes, essa porcentagem representa menos de 1/3 que iniciou a terapêutica no tempo ideal, revelando que a celeridade não é universal, mesmo em regiões com maior oferta de serviços. Apenas 37 casos (2,14%) tiveram início do tratamento entre 31 e 60 dias, percentual consideravelmente inferior ao observado em outras regiões. Essa baixa proporção sugere que, na prática, os casos que não são tratados rapidamente tendem a exceder o prazo legal, ou sequer chegam a ser registrados como tratados. Em complemento, 71 pacientes (4,10%) começaram o tratamento após mais de 60 dias, ultrapassando o limite estipulado legalmente. Embora essa proporção esteja dentro de uma faixa comparável à de outras regiões do Brasil, o número absoluto é significativo devido à elevada carga de casos concentrada no Sudeste. O dado mais preocupante, contudo, refere-se a 1.091 registros (62,95%) sem qualquer informação sobre o início do tratamento. Esse valor equivale a quase 2/3 de todos os casos da região, superando a média nacional (60,86%) e evidenciando sérios problemas de rastreabilidade assistencial.<sup>14</sup> A magnitude desse número em uma das regiões mais estruturadas do país sugere que a ausência de dados pode estar associada tanto a falhas nos sistemas de informação quanto a lacunas reais no acesso ou continuidade do tratamento.<sup>14,15</sup>

A região Sul registrou 1.746 casos de melanoma maligno de pele no ano de 2024, configurando-se como a segunda maior em volume absoluto de casos entre as cinco macrorregiões do país (Quadro 5). A análise do intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento revela um desempenho ligeiramente mais eficiente em relação à média nacional, com destaque para a proporção de tratamentos iniciados no período ideal. Dos casos registrados, 598 pacientes (34,25%) iniciaram o tratamento em até 30 dias após o diagnóstico. Esse percentual é o mais elevado entre todas as regiões, superando, inclusive, a média nacional (32,10%). Tal dado sugere que, na região Sul, uma parcela maior

dos pacientes tem conseguido acesso rápido ao tratamento, o que pode refletir melhor organização da rede assistencial e maior capilaridade dos serviços especializados.<sup>16</sup> Dentro do intervalo entre 31 e 60 dias, foram contabilizados 34 casos (1,95%), o menor percentual entre todas as regiões. Embora ainda dentro do limite estabelecido pela Lei nº 12.732/2012, o número reduzido de casos nesse intervalo pode indicar uma tendência à polarização: ou os pacientes são atendidos rapidamente ou enfrentam atrasos mais severos.<sup>3,4</sup> A proporção de pacientes que iniciaram o tratamento após mais de 60 dias foi de 3,89% (68 casos), valor comparável ao observado em outras regiões, como o Sudeste (4,10%). Apesar de estar dentro de um patamar semelhante, esse indicador ainda revela que uma fração significativa de pacientes está fora do prazo legal, o que pode comprometer diretamente os desfechos clínicos do melanoma, neoplasia de elevada letalidade quando tratada tardiamente.<sup>4,10,13</sup> Por fim, 1.046 casos (59,91%) não apresentaram qualquer informação sobre o início do tratamento, valor próximo à média nacional (60,86%). Apesar de representar o menor percentual entre todas as regiões analisadas, essa lacuna ainda é substancial e impede uma avaliação completa da efetividade da rede assistencial. A ausência de informação pode decorrer tanto de falhas no registro quanto da inexistência de início efetivo do tratamento.

## DISCUSSÃO

### Desigualdade regional no acesso ao tratamento

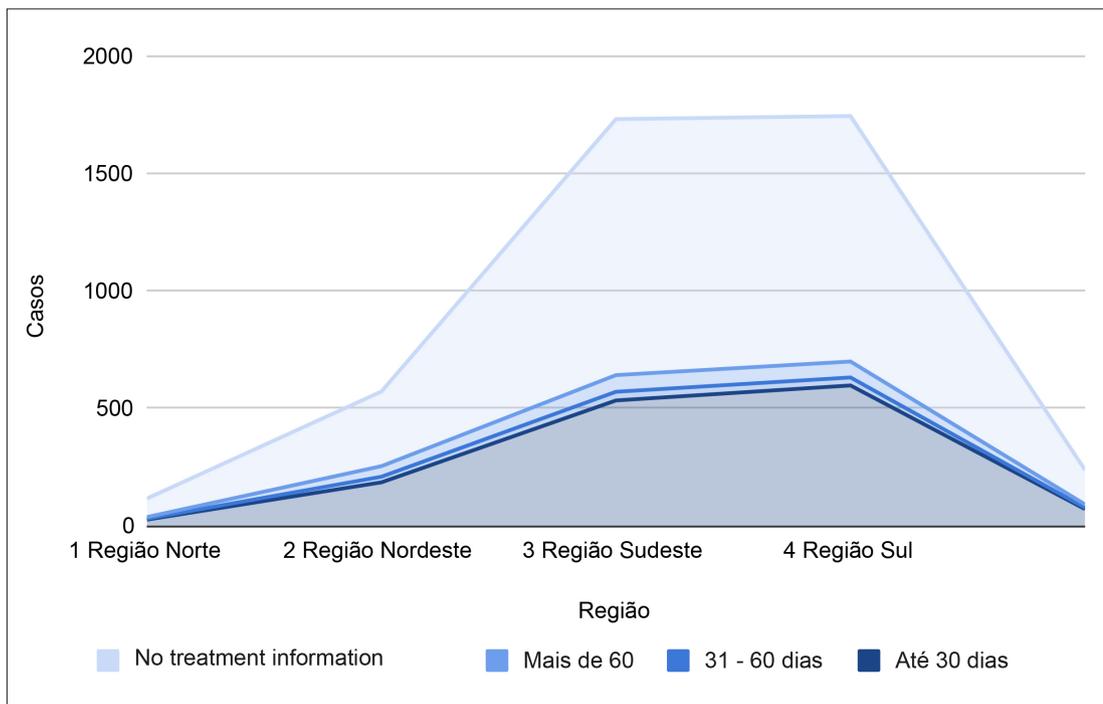
Os dados obtidos evidenciam uma marcante desigualdade regional no acesso ao tratamento de pacientes diagnosticados com melanoma maligno de pele no Brasil. Ao analisar o percentual de pacientes que iniciaram o tratamento em até 30 dias após o diagnóstico – considerado o intervalo ideal para melhores desfechos clínicos –, observam-se variações expressivas entre as macrorregiões do país.<sup>3</sup> A região Sul apresentou o melhor desempenho, com 34,25% dos casos tratados dentro do prazo ideal, seguida do Nordeste (32,34%), Sudeste (30,81%), Centro-Oeste (29,83%) e, por último, da região Norte (22,41%), a mais crítica nesse aspecto (Figura 1). Esses dados revelam que, enquanto algumas regiões conseguem manter índices próximos ou superiores à média nacional (32,10%), outras, como o Norte, enfrentam dificuldades sistemáticas para garantir o início oportuno da terapia, mesmo diante de uma legislação que assegura esse direito. Essa assimetria pode ser interpretada à luz das desigualdades históricas e estruturais entre as regiões brasileiras.

A distribuição geográfica de serviços especializados, como centros de oncologia e dermatologia, é nitidamente concentrada nas regiões Sul e Sudeste, que concentram maior número de hospitais de alta complexidade, profissionais especializados e infraestrutura logística. Por outro lado, a região Norte enfrenta desafios relacionados à escassez de profissionais, às grandes distâncias geográficas, às limitações de transporte e à baixa densidade hospitalar especializada, o que compromete diretamente o fluxo diagnóstico-terapêutico dos pacientes oncológicos.<sup>4,6,16</sup> A literatura reforça esse cenário. No estudo de Oliveira et al., de 2020, os autores

**TABELA 5 - Tempo diagnóstico-tratamento da região Sul**

Tempo diagnóstico-tratamento	Casos
Até 30 dias	598 (34,25%)
31-60 dias	34 (1,95%)
Mais de 60 dias	68 (3,89%)
Sem informação	1.046 (59,91%)

Fonte: Adaptação de DATASUS, 2025



**FIGURA 1:** Comparação regional do tempo diagnóstico-tratamento

demonstraram que regiões com menor desenvolvimento humano apresentam maior proporção de diagnósticos em estadiamento avançado, resultado diretamente associado à escassez de serviços especializados e à baixa resolutividade da atenção primária à saúde. Essa constatação dialoga diretamente com os achados da região Norte, onde apenas 22,41% dos casos iniciaram o tratamento em até 30 dias, e cerca de 68,00% sequer possuíam registro sobre o início do tratamento. A precariedade da rede de atenção oncológica na região não se traduz apenas em acesso limitado, mas também em incapacidade de registrar, monitorar e garantir a continuidade do cuidado. Complementarmente, a tese de Oliveira et al. amplia esse olhar ao evidenciar que as desigualdades socioeconômicas e a má distribuição territorial dos recursos em saúde refletem-se não apenas nos indicadores de mortalidade por câncer, mas também nas condições em que os pacientes acessam o sistema – muitas vezes já em fases avançadas da doença e sem perspectiva clara de encaminhamento terapêutico ágil.<sup>6</sup> Esse cenário é reforçado por nossos achados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde as proporções de atraso superior a 60 dias, embora variáveis, coexistem com altos índices de registros incompletos ou ausentes, o que dificulta a implementação de ações de planejamento baseadas em evidências.<sup>3</sup>

A crítica central que emerge desses dados e das análises teóricas é a fragilidade do princípio da equidade, um dos pilares do SUS. Embora concebido como um sistema universal e igualitário, na prática, o SUS opera de forma altamente desigual, penalizando populações de territórios periféricos e mais vulneráveis. A combinação de obstáculos físicos, logísticos e institucionais gera um efeito cumulativo que retarda o

diagnóstico, dificulta o acesso ao tratamento e, em última instância, compromete a sobrevivência de pacientes com melanoma e outros tipos de câncer.<sup>11,17</sup> Portanto, os resultados deste estudo reafirmam a existência de um padrão de desigualdade regional profundamente enraizado, que compromete a equidade no acesso ao cuidado oncológico.<sup>6,7,17</sup> Embora o melanoma seja menos incidente que outros tipos de câncer de pele, seu potencial de invasividade e mortalidade torna ainda mais urgente a atenção às barreiras regionais que atrasam o tratamento.<sup>7,10</sup> O enfrentamento dessas disparidades deve considerar a regionalização efetiva da oncologia, o reforço da infraestrutura em áreas remotas e a melhoria no planejamento territorial do SUS, visando garantir acesso oportuno e integral à saúde para todos os brasileiros.

#### **Alto índice de ausência de informação sobre o tratamento**

Um dos achados mais preocupantes deste estudo é o elevado número de casos de melanoma registrados sem qualquer informação sobre o início do tratamento.<sup>3</sup> A média nacional, de 60,86% dos registros sem dados relativos ao início terapêutico, é alarmante e compromete não apenas o cuidado clínico individual, mas também a formulação, a avaliação e a fiscalização das políticas públicas de saúde oncológica no Brasil. Essa ausência de informação atinge todas as regiões, com destaque para a região Norte, onde 68,10% dos casos não possuem registro de tratamento iniciado, e para o Sudeste, que concentra o maior número absoluto de casos, onde esse índice alcança 62,95%. Mesmo a região Sul, que apresentou o melhor desempenho em termos de agilidade no início terapêutico, registrou 59,91% de informações

incompletas. Tais percentuais evidenciam que o problema transcede as desigualdades regionais e aponta para uma fragilidade sistêmica nos processos de registro, notificação e monitoramento das ações terapêuticas.<sup>18</sup>

É necessário, portanto, refletir se essa ausência de informação decorre de uma falha meramente administrativa – como o não preenchimento de campos obrigatórios nos sistemas SIS-CAN, SIH ou SIA – ou se revela uma realidade ainda mais grave: a inexistência efetiva de início de tratamento para uma parcela expressiva dos pacientes.<sup>6,16,18</sup> Ambas as hipóteses são preocupantes. No primeiro caso, a falha compromete a confiabilidade dos sistemas nacionais de vigilância em saúde e impede a correta avaliação da efetividade da Lei nº 12.732/2012, que determina o início do tratamento do câncer em até 60 dias após o diagnóstico.<sup>4</sup> No segundo caso, implica negligência do próprio direito à saúde, configurando violação legal e ética de grande magnitude. A invisibilidade desses dados é ainda mais impactante em contextos de maior vulnerabilidade social e geográfica. Pacientes residentes em regiões afastadas dos centros urbanos, com baixa escolaridade e menor acesso à informação e à justiça, tendem a ser os mais afetados por essa negligência documental e assistencial. Como discutido por Oliveira et al. em 2020, essa invisibilização estatística não é neutra: funciona como um instrumento de exclusão ao apagar realidades que exigiriam ações estatais urgentes.<sup>6</sup>

A ausência de dados produz uma falsa ideia de controle e eficácia, mascarando desigualdades e perpetuando a inação institucional. Ademais, a falta de registro de informações sobre o tratamento afeta diretamente a capacidade de planejamento e avaliação dos gestores públicos. Sem dados precisos, torna-se inviável mensurar a efetividade da política nacional de controle do câncer, identificar gargalos logísticos, priorizar investimentos e articular redes de atenção que garantam a integralidade e a continuidade do cuidado.<sup>18</sup> Portanto, enfrentar essa lacuna não deve ser entendido apenas como uma questão técnica de melhoria dos sistemas de informação, mas como uma estratégia essencial de equidade e justiça sanitária. A qualificação dos registros, a integração entre os sistemas, a formação continuada dos profissionais responsáveis pelas notificações e o uso de tecnologias para automatizar e cruzar dados são caminhos possíveis para tornar o SUS mais transparente, responsivo e comprometido com a vida de seus usuários.<sup>14,17</sup>

### **Atrasos além do permitido por lei**

A Lei nº 12.732/2012, sancionada com o intuito de garantir que pacientes diagnosticados com câncer iniciem o tratamento no prazo máximo de 60 dias, representa um marco normativo importante na luta pelo acesso equitativo à atenção oncológica no Brasil.<sup>4</sup> No entanto, os dados revelados neste estudo mostram que, apesar da existência dessa legislação, ainda há uma proporção significativa de pacientes que não têm esse direito efetivado.<sup>3,6</sup> Em 2024, entre 4,10% (Sudeste) e 7,87% (Nordeste) dos casos registrados iniciaram o tratamento após mais

de 60 dias do diagnóstico, ultrapassando o limite legal. Embora esses percentuais possam parecer modestos à primeira vista, são expressivos dentro do universo de pacientes acometidos por melanoma maligno, subtipo agressivo do câncer de pele, caracterizado por elevada capacidade metastática e rápida progressão.<sup>1,11</sup> Nesses casos, o início tardio do tratamento pode representar a diferença entre um prognóstico favorável e uma evolução letal da doença.<sup>7,10,13</sup> A persistência desses atrasos levanta questionamentos sérios sobre a eficácia prática da legislação vigente.<sup>4</sup>

A ausência de mecanismos de fiscalização sistemática, penalidades institucionais e monitoramento em tempo real faz com que, na prática, a lei dependa mais da capacidade organizacional dos serviços de saúde e menos de sua obrigatoriedade legal.<sup>17,18</sup> Essa fragilidade permite que o descumprimento da norma ocorra de forma generalizada e sem consequências formais para os gestores ou instituições envolvidas. Além disso, a fragmentação da rede de atenção oncológica, os vazios assistenciais em determinadas regiões e a desarticulação entre os níveis de atenção primária, especializada e hospitalar dificultam o cumprimento do prazo legal, especialmente em contextos nos quais a centralização de serviços obriga os pacientes a longos deslocamentos ou a filas de espera prolongadas. A região Nordeste, por exemplo, onde se observou o maior percentual de atrasos legais (7,87%), enfrenta uma combinação de fatores estruturais, socioeconômicos e geográficos que impactam negativamente a operacionalização da lei.<sup>16,17</sup>

É importante destacar que o melanoma, por sua natureza biológica, exige resposta terapêutica imediata. Estudos já demonstraram que atrasos superiores a 8 semanas no início do tratamento estão associados ao aumento da mortalidade e à ocorrência de metástases, principalmente em melanomas espessos ou ulcerados.<sup>11,14</sup> Nesse sentido, os casos que ultrapassam 60 dias podem representar perdas irreversíveis de oportunidade terapêutica. A análise crítica dos dados, portanto, indica que a existência da lei, por si só, não tem sido suficiente para garantir o acesso oportuno ao tratamento. Sem um sistema robusto de vigilância, responsabilização e gestão ativa dos fluxos de atendimento, a norma corre o risco de tornar-se letra morta.<sup>18</sup> É fundamental que o Estado assuma papel mais proativo na garantia desse direito, investindo na ampliação da oferta de serviços oncológicos, especialmente nas regiões mais vulneráveis, e promovendo sistemas integrados que permitam acompanhar, em tempo real, o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

### **Implicações para a prática e saúde pública**

Os achados deste estudo trazem à tona implicações relevantes para a prática clínica, o planejamento em saúde e a formulação de políticas públicas, especialmente no âmbito do SUS. A análise do intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento do melanoma revelou não apenas desigualdades regionais marcantes, mas também fragilidades sistêmicas nos mecanismos de regulação, monitoramento e garantia de acesso ao cuidado oncológico no Brasil.<sup>6,16,17</sup> O elevado percentual de pacientes

sem informação sobre o tratamento – que ultrapassa 60% em quase todas as regiões – deve ser compreendido como um alerta de ineficiência institucional. Essa invisibilidade estatística não apenas distorce a realidade do cuidado prestado, como também impede a tomada de decisão baseada em evidências.

A ausência de dados confiáveis compromete o planejamento territorial da rede oncológica, a alocação de recursos, a análise da efetividade das políticas vigentes e a priorização de investimentos em regiões mais vulneráveis.<sup>18</sup> Nesse contexto, os dados apontam para a necessidade urgente de intervenções direcionadas, com prioridade para regiões como o Norte e o Centro-Oeste, onde os índices de tratamento dentro do prazo legal são os mais baixos e de registros incompletos, os mais altos. Essas regiões devem ser foco de políticas públicas que combinem a expansão da capacidade instalada, a formação e fixação de profissionais, o fortalecimento da atenção primária e a melhoria dos sistemas de informação em saúde, como o SISCAN.<sup>16,17</sup> Além disso, os resultados reforçam a importância de regionalizar o cuidado oncológico de forma equitativa, promovendo o acesso aos serviços especializados fora dos grandes centros urbanos. Estratégias como a teledermatologia, os centros itinerantes de diagnóstico precoce e as linhas de cuidado integradas podem ser alternativas eficazes para reduzir os atrasos, especialmente em áreas remotas. A prática clínica também deve ser reavaliada à luz desses dados. Profissionais da atenção básica e especializada precisam estar capacitados não apenas para o diagnóstico precoce do melanoma, mas também para garantir o encaminhamento imediato e o registro adequado das etapas do tratamento.

O fortalecimento da articulação entre a atenção primária, a média e a alta complexidade é essencial para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado, princípios fundamentais do SUS.<sup>17</sup> Por fim, os achados deste estudo evidenciam a necessidade de revisar as estratégias de implementação da Lei nº 12.732/2012, especialmente no que se refere à criação de sistemas de acompanhamento ativo e à responsabilização institucional. O monitoramento do cumprimento dos prazos legais deve ser uma tarefa central dos gestores de saúde, e não uma atribuição periférica.<sup>4</sup> Assim, este estudo contribui para a reflexão sobre o melanoma como marcador da capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro e reforça a urgência de políticas públicas mais robustas, regionalmente sensíveis e orientadas por dados confiáveis, com vistas à equidade no acesso e à efetividade terapêutica.

### Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações importantes, especialmente no que se refere à fonte e à natureza dos dados utilizados. A análise foi baseada em registros secundários, provenientes dos sistemas de informação pública do SUS (SISCAN, SIH e SIA), os quais, embora amplamente utilizados em pesquisas em saúde, são suscetíveis a inconsistências, subnotificações e atrasos no preenchimento. Isso se reflete, por exemplo, no alto índice de casos sem informação sobre o início do tratamento, dificultando

a avaliação precisa da efetividade das políticas públicas. Outra limitação relevante é a ausência de dados sobre o estadiamento tumoral no momento do diagnóstico, o que impede a análise do tempo diagnóstico-tratamento em função da gravidade clínica da doença. Esse fator é particularmente importante no caso do melanoma, cuja agressividade varia de acordo com a profundidade e a extensão da lesão. A falta dessa informação reduz a capacidade do estudo de correlacionar atrasos terapêuticos com desfechos clínicos objetivos. Adicionalmente, alguns dados utilizados para o preenchimento dos sistemas de informação podem ser autodeclarados ou inseridos de maneira não padronizada por diferentes unidades de saúde, o que compromete a uniformidade e a comparabilidade entre regiões. Isso exige cautela na interpretação dos resultados e reforça a necessidade de qualificação dos registros em saúde.<sup>6,16,18</sup>

### Sugestões para estudos futuros

Com base nas limitações encontradas e nos achados obtidos, futuras pesquisas podem aprofundar a compreensão sobre os efeitos dos atrasos no tratamento do melanoma, especialmente no que se refere ao impacto do diagnóstico e do início terapêutico tardio sobre a sobrevida e a progressão da doença. Estudos longitudinais que acompanhem os pacientes ao longo do tempo seriam particularmente úteis para identificar perfis de maior risco e avaliar a efetividade das intervenções.<sup>17</sup> Além disso, recomenda-se a incorporação de análises qualitativas que considerem a perspectiva dos pacientes e profissionais de saúde envolvidos no cuidado oncológico. Investigar experiências vividas, barreiras percebidas e estratégias de enfrentamento pode revelar dimensões subjetivas e contextuais que os dados quantitativos não captam, enriquecendo a compreensão dos fenômenos observados.<sup>6</sup> Por fim, futuros trabalhos podem também explorar modelos preditivos baseados em dados territoriais e socioeconômicos, a fim de identificar áreas prioritárias para intervenção, bem como avaliar o impacto de programas e políticas públicas locais que visem à melhoria da linha de cuidado do melanoma no Brasil.<sup>16,18</sup>

### CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reafirmam a existência de desigualdades regionais significativas e fragilidades estruturais no acesso e no cuidado oncológico no Brasil, particularmente no tratamento do melanoma maligno de pele. A análise do tempo entre diagnóstico e início do tratamento evidenciou não apenas atrasos frequentes e descumprimento da legislação vigente, mas também um preocupante vazio de informações nos sistemas de registro nacionais, situação que compromete a efetividade das políticas públicas e a própria governança sanitária. A desigualdade de acesso, marcada por disparidades geográficas, socioeconômicas e estruturais, penaliza de maneira sistemática as populações residentes em regiões mais vulneráveis, como o Norte e o Centro-Oeste, perpetuando um cenário de iniquidade em saúde. Além disso, o elevado percentual de registros sem informação sobre o tratamento representa não apenas uma falha adminis-

trativa, mas também um indicador de invisibilidade assistencial, especialmente em territórios historicamente negligenciados.

A persistência de atrasos superiores ao prazo legal estabelecido pela Lei nº 12.732/2012 evidencia a necessidade de revisão dos mecanismos de implementação, monitoramento e responsabilização institucional, uma vez que a existência de legislação, por si só, não tem garantido o direito efetivo ao tratamento oportuno. Diante desse cenário, é imprescindível que o SUS avance no sentido de qualificar seus sistemas de informação, regionalizar de forma equitativa a oferta de serviços oncológicos e integrar de maneira mais eficiente os diferentes níveis de

atenção. Estratégias como o fortalecimento da atenção primária, a ampliação de centros de diagnóstico e tratamento em áreas remotas e o uso de tecnologias como a telemedicina podem contribuir para a superação dessas barreiras.

Por fim, este estudo reforça a importância de políticas públicas orientadas por dados de qualidade e sensíveis às especificidades regionais e sociais do país. O melanoma, pela sua agressividade e rápida progressão, torna-se um marcador relevante da capacidade de resposta do sistema de saúde, e o enfrentamento das desigualdades aqui evidenciadas é fundamental para assegurar o direito universal à saúde e a integralidade do cuidado oncológico no Brasil. ●

#### REFERÊNCIAS:

- Garbe C, Becker JC. Melanoma. In: Bologna JL; Jorizzo JL; Schaffer JV. (Ed.). Dermatologia. Tradução de Adriana de Carvalho Corrêa et al.; coordenação da edição brasileira Célia Luiza Petersen Vitello Kalil. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p.1883–910.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 1 maio 2025.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 3 ago. 2022.
- Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm). Acesso em: 1 maio 2025.
- Santos CAD; Souza DLB. Melanoma mortality in Brazil: trends and projections (1998-2032). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(4):1551–61.
- Oliveira MM; Andrade SSCA; Oliveira PP; Silva GA; Malta DC. Desigualdades sociais no diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo de base hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(3):1003–14.
- Conic RZ, Cabrera CI, Khorana AA, Gastman BR. Determination of the impact of melanoma surgical timing on survival using the National Cancer Database. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(1):40-6.
- Davis LE, Shalin SC, Tackett AJ. Current state of melanoma diagnosis and treatment. *Cancer Biol Ther*. 2019;20(11):1366–79.
- Dixon AJ, Sladden M, Zouboulis CC, et al. Primary cutaneous melanoma – management in 2024. *J Clin Med*. 2024;13(6):1607.
- Xiong DD, Barriera-silvestrini P, Knackstedt TJ. Delays in the surgical treatment of melanoma are associated with worsened overall and melanoma-specific mortality: a population-based analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2022;87(4):807-14.
- Zhang MZ, Hines AS, Demer AM, Brewer JD. The impact of surgical delay in primary cutaneous melanoma: a systematic review. *Dermatol Surg*. 2024;50(6):501-6.
- Stålhammar G. Delays between uveal melanoma diagnosis and treatment increase the risk of metastatic death. *Ophthalmology*. 2024;131(9):1094-104.
- Conic RZ, Cabrera CI, Khorana AA, Gastman BR. Determination of the impact of melanoma surgical timing on survival using the National Cancer Database. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(1):40-6.
- Pereira Shimada GD, Mota AA, Souza MC, Bernardes SS. Time-to-treatment initiation for cutaneous melanoma reflects disparities in healthcare access in Brazil: a retrospective study. *Public Health*. 2022;210:1-7.
- Johansson M, Brodersen J, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6(6):CD012352.
- Puntel L. Acesso universal à saúde: um comparativo entre as cinco grandes regiões brasileiras. 2019. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201826>. Acesso em: 2 maio 2025.
- Campos, GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*. 2006;15(2):23-33.
- Teixeira SV, Pimentel TRO, Costa NR. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate*. 2015;39(104):255-67.

#### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

**Isabela Karina Vilas Boas**  ORCID 0009-0007-9895-4687

Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

**Maria Julia de Medeiros Pedroza**  ORCID 0009-0009-6410-3870

Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

**Milena Dias da Silva**  ORCID 0009-0006-4147-1644

Obtenção, análise e interpretação dos dados.

**Beatriz Bernaud Coelho**  ORCID 0009-0004-2604-7672

Elaboração e redação do manuscrito.

**Magda Blessmann Weber**  ORCID 0000-0001-5885-5851

Participação efetiva na orientação da pesquisa.