REVISTA ELETRÔNICA
Acervo MÉDICO
ISSN 2764-0485

Análise das desigualdades no acesso e no tratamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde brasileiro

Analysis of inequalities in access to and treatment of breast cancer in the brazilian Unified Health System

Análisis de las desigualdades en el acceso y tratamiento del cáncer de mama en el Sistema Único de Salud brasileño

Matheus Rangell Rodrigues de Souza[1], Pedro Afonso Barreto[2], Beatriz Serde de Almeida[1], Érika Andreza Xavier Oliveira[1], Francielle Macedo Cataldo[1], Isabela Batista Vargas[1], Lorena Ramos Silva[1], Maria Luysa Garcia do Nascimento[1], Ruth dos Santos Araujo[1], Nathalia Viana Medrado[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências científicas sobre as desigualdades no acesso, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde brasileiro, considerando fatores socioeconômicos, raciais, regionais e estruturais. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, estruturada conforme as recomendações do PRISMA e fundamentada na estratégia PICO. A busca foi realizada exclusivamente na base PubMed/MEDLINE, incluindo estudos publicados entre 2013 e 2025. **Resultados:** Os estudos demonstraram que mulheres negras, pardas, com baixa escolaridade e dependentes exclusivamente do SUS apresentam maior risco de diagnóstico tardio, atraso terapêutico e menor acesso ao rastreamento mamográfico. Também foram identificadas desigualdades regionais na oferta de mamografias, biópsias e serviços especializados, além de barreiras geográficas e organizacionais relacionadas ao deslocamento para centros de referência. **Considerações finais:** As desigualdades no tratamento do câncer de mama no Brasil apresentam caráter estrutural e multifatorial, evidenciando a necessidade de fortalecimento da rede de atenção oncológica, ampliação da capacidade diagnóstica e implementação de políticas públicas orientadas pela equidade assistencial.

Palavras-chave: Câncer de mama, Acesso a serviço de saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific evidence on inequalities in access, diagnosis, and treatment of breast cancer within the Brazilian Unified Health System, considering socioeconomic, racial, regional, and structural factors. **Methods:** This integrative literature review was structured according to PRISMA recommendations and based on the PICO strategy. The search was conducted exclusively in the PubMed/MEDLINE database, including studies published between 2013 and 2025. **Results:** The studies showed that Black and mixed-race women, women with lower educational levels, and those exclusively dependent on the Brazilian Unified Health System were at greater risk of late diagnosis, therapeutic delay, and reduced access to mammographic screening. Regional inequalities were also identified in the availability of mammography, biopsies, and

[1] Universidade de Rio Verde (UniRV), Formosa – GO.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 7/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

specialized services, as well as geographic and organizational barriers related to displacement to referral centers. **Final considerations:** Inequalities in breast cancer treatment in Brazil are structural and multifactorial, highlighting the need to strengthen the oncological care network, expand diagnostic capacity, and implement public policies guided by healthcare equity.

Keywords: Breast cancer, Health services accessibility, Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las evidencias científicas sobre las desigualdades en el acceso, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el Sistema Único de Salud brasileño, considerando factores socioeconómicos, raciales, regionales y estructurales. **Métodos:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura, estructurada conforme a las recomendaciones PRISMA y fundamentada en la estrategia PICO. La búsqueda se realizó exclusivamente en la base de datos PubMed/MEDLINE, incluyendo estudios publicados entre 2013 y 2025. **Resultados:** Los estudios demostraron que las mujeres negras y pardas, con menor nivel educativo y dependientes exclusivamente del Sistema Único de Salud presentan mayor riesgo de diagnóstico tardío, retraso terapéutico y menor acceso al rastreo mamográfico. También se identificaron desigualdades regionales en la oferta de mamografías, biopsias y servicios especializados, además de barreras geográficas y organizacionales relacionadas con el desplazamiento hacia centros de referencia. **Consideraciones finales:** Las desigualdades en el tratamiento del cáncer de mama en Brasil presentan carácter estructural y multifactorial, evidenciando la necesidad de fortalecer la red de atención oncológica, ampliar la capacidad diagnóstica e implementar políticas públicas orientadas por la equidad asistencial.

Palabras clave: Cáncer de mama, Accesibilidad a los servicios de salud, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama constitui a neoplasia maligna de maior incidência entre mulheres em diversos países, configurando-se como relevante problema de saúde pública devido à sua elevada morbimortalidade. Além do impacto clínico individual, a doença impõe expressiva carga econômica e assistencial aos sistemas de saúde, especialmente em países de média e baixa renda, onde persistem limitações relacionadas ao rastreamento populacional e ao acesso oportuno aos serviços especializados. Embora avanços no rastreamento mamográfico, na precisão diagnóstica e nas terapias sistêmicas tenham contribuído para a redução da mortalidade em determinados contextos, tais benefícios não se distribuem de maneira homogênea entre os diferentes grupos populacionais (WILKERSON AD, et al., 2024).

O rastreamento mamográfico representa uma das principais estratégias para redução da mortalidade por câncer de mama, uma vez que possibilita a identificação de lesões em estágios iniciais, frequentemente antes do surgimento de manifestações clínicas. Evidências científicas demonstram que programas organizados de rastreamento estão associados ao aumento das taxas de diagnóstico precoce, maior probabilidade de terapias conservadoras e melhores taxas de sobrevida global. Entretanto, a efetividade dessas estratégias depende diretamente da cobertura populacional, da periodicidade adequada dos exames, da disponibilidade de métodos confirmatórios e da integração eficiente entre atenção primária, diagnóstico especializado e tratamento oncológico.

A literatura internacional evidencia que determinantes sociais da saúde, incluindo renda, escolaridade, raça/etnia e condições de acesso aos serviços especializados, exercem impacto significativo sobre o tempo para diagnóstico e início do tratamento. Estudos recentes demonstram que vulnerabilidades socioeconômicas estão associadas a maior probabilidade de diagnóstico em estágios avançados e menor acesso a terapias consideradas padrão-ouro. Além disso, diferenças raciais e étnicas persistem mesmo em sistemas de saúde estruturados, influenciando tanto a oferta quanto a aceitação do tratamento oncológico (WILKERSON AD, et al., 2024).

No cenário brasileiro, a assistência oncológica é ofertada majoritariamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, evidências apontam que a garantia formal de acesso não assegura, por si só, equidade na trajetória assistencial. Estudos conduzidos no Brasil identificam disparidades regionais relevantes na distribuição de serviços de alta complexidade, especialmente no que se refere à oferta de radioterapia, mamografia diagnóstica, biópsias e à concentração de centros especializados nas regiões Sul e Sudeste (SILVA GAE, et al., 2019).

Adicionalmente, análises observacionais indicam que mulheres em situação de maior vulnerabilidade social apresentam maior tempo de espera para confirmação diagnóstica e início do tratamento, com impacto direto nos desfechos clínicos. A literatura também demonstra que atrasos superiores ao período legalmente estabelecido para início da terapêutica estão associados a pior prognóstico, maior progressão tumoral e aumento da mortalidade específica por câncer de mama (WILKERSON AD, 2024).

Apesar do crescente número de estudos sobre disparidades em oncologia, ainda são escassas as revisões integrativas direcionadas à análise das desigualdades no acesso, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A sistematização dessas evidências é essencial para subsidiar a formulação de políticas públicas, qualificar a organização da rede de atenção oncológica e orientar estratégias voltadas à redução das iniquidades em saúde. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre as desigualdades no acesso, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde brasileiro, considerando fatores socioeconômicos, raciais, regionais e estruturais.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, estruturada conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), com o objetivo de assegurar transparência metodológica e rigor na síntese das evidências científicas. A estratégia de pesquisa foi elaborada com base no modelo PICO, considerando como população mulheres diagnosticadas com câncer de mama; como intervenção, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS); como comparação, as diferenças entre grupos socioeconômicos, raciais e regionais; e, como desfechos, as desigualdades relacionadas ao acesso, diagnóstico e tratamento oncológico.

A questão norteadora foi: "Quais são as evidências científicas disponíveis sobre as desigualdades no acesso, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde brasileiro?" A busca bibliográfica foi realizada em setembro de 2025 exclusivamente na base de dados PubMed/MEDLINE, utilizando descritores controlados (MeSH Terms) combinados por operadores booleanos. A estratégia de busca empregada foi: ("Breast Neoplasms"[MeSH]) AND ("Health Services Accessibility"[MeSH]) AND ("Unified Health System"[MeSH]). Foram aplicados filtros para estudos publicados entre 2013 e 2025, disponíveis em texto completo, nos idiomas português, inglês e espanhol, envolvendo população humana.

O recorte temporal foi de 2013 a 2025 em razão da inclusão de um estudo publicado em 2013 considerado relevante para compreender a organização da rede de atenção oncológica, os fluxos assistenciais e as desigualdades territoriais no acesso ao tratamento do câncer de mama no SUS, aspectos diretamente relacionados ao objetivo desta revisão.

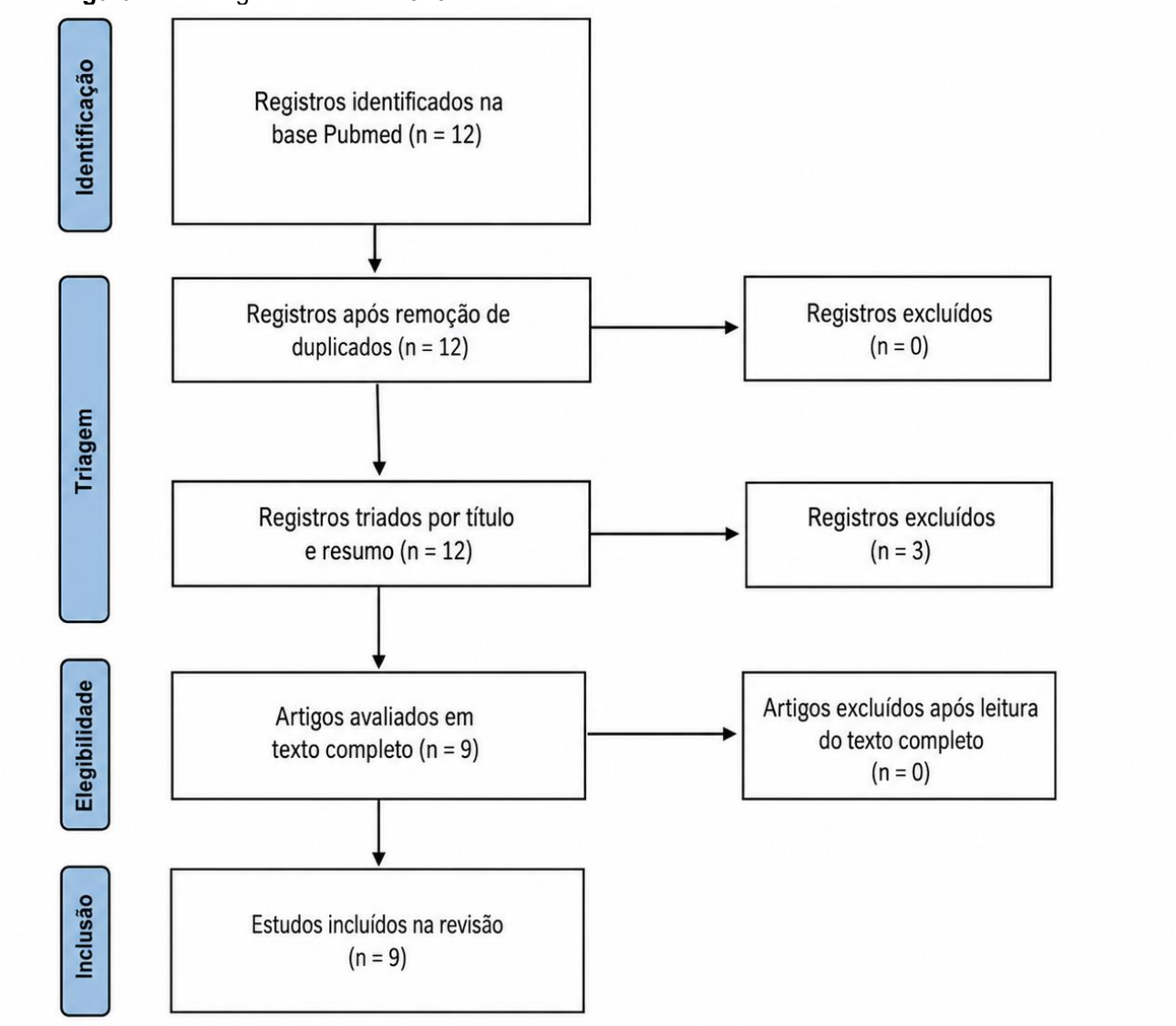
A estratégia de busca identificou inicialmente 12 estudos. Após as etapas de triagem por títulos e resumos e leitura dos textos completos, 9 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão. Foram considerados elegíveis estudos originais que abordassem desigualdades, barreiras de acesso ou aspectos relacionados ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama no SUS, desde que apresentassem metodologia claramente descrita e dados empíricos. Foram excluídos estudos referentes exclusivamente a outras neoplasias, pesquisas restritas ao sistema privado de saúde, editoriais, cartas ao editor, resumos de congressos, duplicatas e artigos que não respondiam à questão norteadora.

A seleção dos estudos seguiu as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão propostas pelo PRISMA. A extração dos dados foi realizada por meio de planilha padronizada contendo autor, ano de

publicação, delineamento metodológico, população estudada, objetivos, principais resultados, conclusões e nível de evidência científica. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise descritiva e comparativa, permitindo identificar padrões relacionados às desigualdades socioeconômicas, raciais, regionais e estruturais no acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama.

Os estudos foram organizados em três categorias temáticas: desigualdades socioeconômicas e raciais; desigualdades regionais e territoriais; e barreiras estruturais e organizacionais do SUS. Por se tratar de uma revisão integrativa baseada exclusivamente em dados secundários de domínio público, o estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Figura 1 - Fluxograma Prisma 2020.



Fonte: Souza MRR, et al., 2026.

RESULTADOS

A análise dos 9 estudos incluídos evidenciou que as desigualdades no acesso, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde (SUS) concentram-se em três dimensões principais: (1) desigualdades socioeconômicas e raciais; (2) desigualdades regionais e territoriais; e (3) barreiras estruturais e organizacionais da rede de atenção oncológica.

Desigualdades socioeconômicas e raciais

Os estudos demonstraram que mulheres negras ou pardas, com menor escolaridade e dependentes exclusivamente do SUS apresentam maior vulnerabilidade ao diagnóstico tardio e ao atraso no início do tratamento oncológico. Peroni FMA, et al. (2019) observaram que apenas 26% dos casos foram diagnosticados em estágio inicial, sendo o diagnóstico precoce menos frequente em estados com menor desenvolvimento socioeconômico e entre mulheres de baixa renda.

Resultados semelhantes foram descritos por Cabral ALLV, et al. (2019), que identificaram maior probabilidade de atraso terapêutico entre mulheres negras ou pardas, com baixa escolaridade e tratamento financiado pelo SUS. Embora 53,7% das pacientes tenham sido diagnosticadas nos estágios 0, I ou II e 54,3% tenham iniciado o tratamento em até 60 dias, mulheres brancas, com maior escolaridade e assistência privada apresentaram maior frequência de início terapêutico dentro do prazo legal, enquanto mulheres negras e usuárias do SUS apresentaram maior ocorrência de intervalos superiores a 91 dias ($p<0,05$).

Barreiras ao rastreamento também foram descritas por Câmara AB, et al. (2024), destacando dor durante a mamografia, tempo prolongado de espera e dificuldades no agendamento como fatores limitantes. Além disso, baixa escolaridade e autodeclaração de raça negra ou parda estiveram associadas à percepção de maior tempo de espera, enquanto fatores ocupacionais, clínicos e geográficos influenciaram dificuldades de acesso ao rastreamento.

Desigualdades regionais e territoriais

As evidências demonstraram importantes diferenças regionais na disponibilidade de serviços diagnósticos e terapêuticos.

Dias MBK, et al. (2024) identificaram déficit nacional de 45,1% na oferta de mamografias pelo SUS, sendo mais elevado na Região Norte (70,5%) e menor na Região Sul (31,4%). Quando considerada a população-alvo definida pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), esse déficit reduziu para 14,8%, com oferta excedente na Região Sul.

Os autores também identificaram importantes déficits em procedimentos confirmatórios, especialmente na biópsia por agulha grossa (90,8%) e na biópsia/excisão de nódulo mamário (80,6%) na Região Centro-Oeste, além de insuficiência expressiva de exames anatomopatológicos na Região Norte (88,5%).

As desigualdades territoriais também se refletiram na distribuição dos serviços especializados. Silva MJSD, et al. (2013) verificaram que 49,2% dos procedimentos quimioterápicos foram realizados fora do município de residência das pacientes, concentrando aproximadamente metade dos atendimentos nacionais em apenas 17 municípios. De forma semelhante, Saldanha RF, et al. (2019) observaram que 51,4% das mulheres precisaram se deslocar para outros municípios, geralmente capitais ou grandes centros urbanos, percorrendo distâncias médias superiores a 280 km, com tempo médio de deslocamento de aproximadamente três horas.

Ainda nesse contexto, Silva GAE, et al. (2016) demonstraram menor solicitação de mamografia entre usuárias do SUS (59,4%) quando comparadas às mulheres com plano privado (83,9%), evidenciando persistência das desigualdades no acesso ao rastreamento.

Barreiras estruturais e organizacionais do Sistema Único de Saúde

Os estudos evidenciaram que limitações organizacionais da rede de atenção oncológica também contribuem para atrasos diagnósticos e terapêuticos. Ferreira NAS, et al. (2017) observaram que pacientes encaminhadas pelo SUS apresentaram tempo médio de espera significativamente maior entre o diagnóstico e o início do tratamento (71,5 dias) em comparação às provenientes do setor privado (39 dias; $p=0,031$). O tempo necessário para realização da biópsia foi identificado como um dos principais fatores relacionados ao atraso terapêutico.

De forma complementar, Ferreira NAS, et al. (2020) verificaram que, embora 81,3% das mulheres tenham iniciado o tratamento dentro do prazo legal de 60 dias, idade igual ou superior a 50 anos, raça não branca, menor escolaridade, residência em determinadas regiões do país e encaminhamento pelo sistema público permaneceram associados à maior probabilidade de atraso.

Além disso, Silva MJSD, et al. (2013) demonstraram que a concentração dos serviços especializados nas regiões Sudeste e Centro-Oeste aumentou os deslocamentos intermunicipais e dificultou o acesso oportuno ao tratamento, evidenciando fragilidades na integração entre a atenção primária, os serviços diagnósticos e os centros especializados em oncologia.

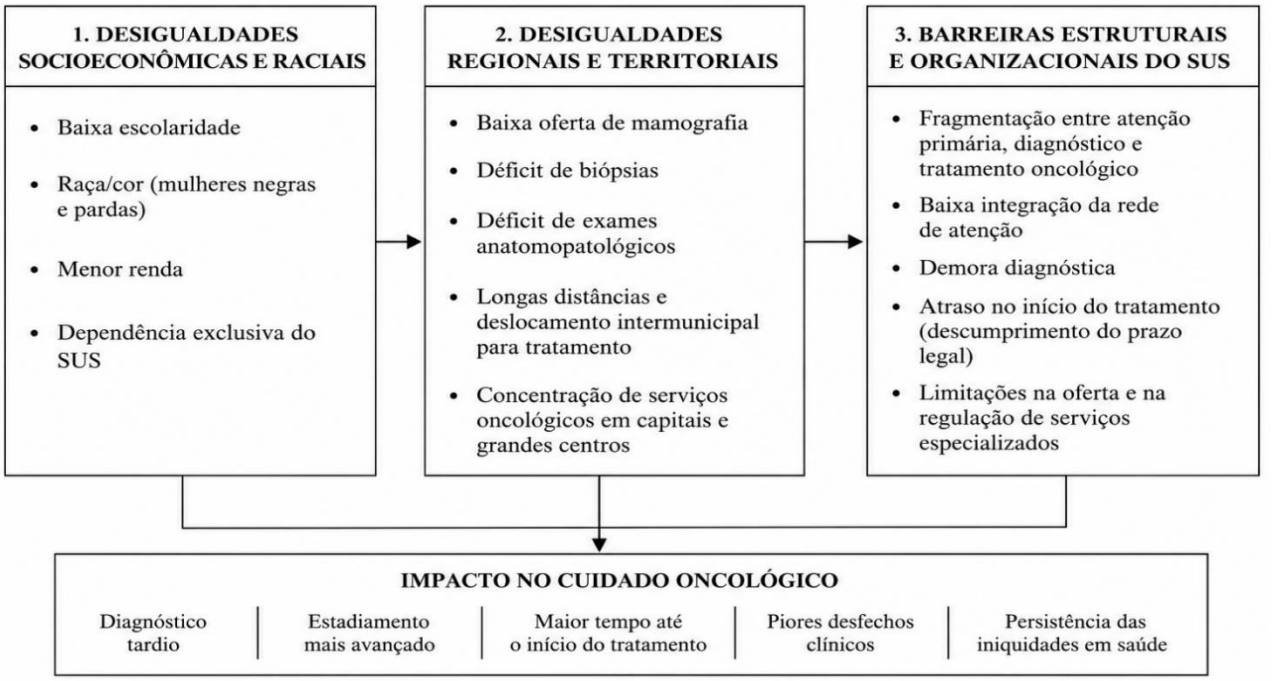
Em conjunto, os estudos analisados demonstram que as desigualdades no cuidado ao câncer de mama no SUS resultam da interação entre fatores socioeconômicos, raciais, regionais e organizacionais. Essas iniquidades repercutem diretamente no diagnóstico tardio, no atraso do início do tratamento, na necessidade de deslocamentos para centros especializados e na menor oportunidade de acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos, reforçando a necessidade de fortalecimento da rede de atenção oncológica com foco na equidade assistencial.

Quadro 1 - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre desigualdades no tratamento do câncer de mama no SUS.

Autor/Ano	Delineamento	População/Amostra	Principal achado	Eixo temático	Nível de evidência*
PERONI FMA et al. (2019)	Estudo observacional	Mulheres com câncer de mama no Brasil	Baixa proporção de diagnóstico precoce e maior atraso terapêutico em estados menos desenvolvidos.	Socioeconômico/Regional	IV
CABRAL ALLV et al. (2019)	Estudo transversal analítico	715 mulheres	Mulheres negras/pardas, com baixa escolaridade e dependentes do SUS apresentaram maior atraso terapêutico.	Socioeconômico/Racial	VI
CÂMARA AB et al. (2024)	Estudo transversal	Mulheres usuárias do SUS	Barreiras ao rastreamento relacionadas à espera, agendamento, escolaridade e raça/cor.	Socioeconômico/Racial	VI
FERREIRA NAS et al. (2017)	Coorte retrospectiva	473 mulheres	Usuárias do SUS apresentaram maior tempo entre diagnóstico e tratamento; a biópsia foi fator determinante para o atraso.	Estrutural/Organizacional	IV
DIAS MBK et al. (2024)	Estudo ecológico nacional	Dados nacionais do SUS	Déficits na oferta de mamografia, biópsias e exames anatomopatológicos, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste.	Regional/Territorial	VI
FERREIRA NAS et al. (2020)	Estudo observacional nacional	Mulheres diagnosticadas entre 1998–2012	Atraso terapêutico associado à idade, raça/cor, escolaridade, região e atendimento pelo SUS.	Socioeconômico/Racial	IV
SILVA MJSD et al. (2013)	Estudo ecológico de fluxo assistencial	1.347.803 procedimentos de quimioterapia	Concentração dos serviços especializados e elevado deslocamento intermunicipal para tratamento.	Regional/Territorial	VI
SALDANHA RF et al. (2019)	Estudo de análise espacial	Mulheres tratadas fora do município de residência	Longas distâncias e deslocamentos para acesso ao tratamento oncológico.	Regional/Territorial	VI
SILVA GAE et al. (2016)	Análise da Pesquisa Nacional de Saúde	Mulheres brasileiras entrevistadas	Menor solicitação de mamografia entre usuárias do SUS em comparação à saúde suplementar.	Socioeconômico/Racial	VI

*Nível de evidência: Classificação adaptada de Melnyk & Fineout-Overholt. IV = estudos observacionais analíticos (coorte e estudos observacionais); VI = estudos descritivos, transversais, ecológicos e de análise espacial.
Fonte: Souza MRR, et al., 2026.

Figura 2 - Dimensões das desigualdades no cuidado do câncer de mama no Sistema Único de Saúde (SUS).



Fonte: Souza MRR, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Os achados desta revisão evidenciam que as desigualdades no tratamento do câncer de mama no Brasil não se restringem a diferenças pontuais de acesso, mas refletem fragilidades estruturais persistentes na organização da rede pública de atenção oncológica. A baixa proporção de diagnósticos em estágios iniciais descrita por Peroni FMA, et al. (2019), associada aos déficits expressivos na oferta de mamografias e exames confirmatórios identificados por Dias MBK, et al. (2024), indica que a detecção precoce permanece aquém das necessidades epidemiológicas do país, especialmente em regiões com menor desenvolvimento socioeconômico. Além disso, a insuficiência de estratégias organizadas de rastreamento compromete a efetividade da linha de cuidado oncológica, favorecendo maior proporção de casos diagnosticados em estágios avançados e elevando a complexidade terapêutica no âmbito do sistema público.

Ainda que a legislação brasileira estabeleça o prazo máximo de 60 dias para início do tratamento após o diagnóstico, os estudos analisados demonstram que o cumprimento dessa normativa ocorre de forma desigual. Ferreira NAS, et al. (2020) observaram que, embora a maioria das mulheres tenha iniciado o tratamento dentro do prazo legal, grupos específicos - particularmente mulheres não brancas, com menor escolaridade e residentes em determinadas regiões - apresentaram maior probabilidade de atraso. De forma convergente, Cabral ALLV, et al. (2019) evidenciaram que mulheres negras e pardas, com baixa escolaridade e dependentes exclusivamente do financiamento público, apresentaram intervalos significativamente maiores até o início da terapêutica, mesmo após ajuste para estadiamento tumoral. Esses dados sugerem que o atraso não pode ser explicado apenas por fatores clínicos, mas está profundamente relacionado a determinantes sociais e institucionais.

A concentração de serviços oncológicos em grandes centros urbanos emerge como fator estruturante das desigualdades territoriais. Estudos de análise espacial demonstraram elevado percentual de deslocamentos intermunicipais para realização de quimioterapia e radioterapia, com distâncias médias superiores a 280 km em algumas regiões (SALDANHA RF, et al., 2019; SILVA MJSD, et al., 2013). Tal configuração impõe barreiras logísticas relevantes, especialmente para mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, podendo comprometer tanto o início quanto a continuidade do tratamento. A literatura internacional corrobora esse cenário ao apontar que maiores distâncias até centros especializados estão associadas a menor adesão terapêutica e piores desfechos clínicos (WILKERSON AD, et al., 2024).

As desigualdades também se manifestam na etapa do rastreamento. Silva GAE, et al. (2016) demonstraram menor frequência de solicitação médica de mamografia entre usuárias do sistema público quando comparadas às mulheres com plano de saúde privado, evidenciando que a universalidade formal do acesso não se traduz, necessariamente, em equidade prática. Barreiras subjetivas e organizacionais — como dor durante o exame, dificuldades de agendamento e medo do diagnóstico — foram descritas por CÂMARA AB, et al. (2024), reforçando que fatores individuais e estruturais se entrelaçam na determinação do acesso ao cuidado.

Sob perspectiva crítica, observa-se que parte dos indicadores aparentemente favoráveis, como a elevada proporção de início do tratamento dentro do prazo legal relatada por Ferreira NAS, et al. (2020), não elimina a existência de desigualdades internas ao sistema. A análise estratificada revela que os atrasos se concentram em grupos populacionais historicamente vulnerabilizados, o que evidencia limitações na efetivação do princípio da equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, a média nacional pode mascarar disparidades regionais e raciais significativas.

Os resultados desta revisão possuem implicações diretas para a organização da rede de atenção oncológica. A persistência de déficits na oferta de exames diagnósticos, particularmente nas regiões Norte e Centro-Oeste (DIAS MBK, et al., 2024), indica necessidade de redistribuição estratégica de recursos e fortalecimento da capacidade instalada. A descentralização do rastreamento, a ampliação da oferta de biópsias e exames anatomopatológicos e a integração entre atenção primária e serviços de alta complexidade constituem medidas potencialmente efetivas para redução dos atrasos identificados. Nesse contexto, políticas de regionalização assistencial e fortalecimento da atenção primária podem desempenhar papel decisivo na redução das iniquidades relacionadas ao acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento especializado.

No que se refere às limitações desta revisão, destaca-se a predominância de estudos observacionais baseados em registros secundários e dados administrativos, sujeitos a subnotificação e inconsistências de preenchimento.

Além disso, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos pode limitar comparações diretas entre resultados. Ainda assim, a abordagem integrativa permitiu reunir evidências provenientes de diferentes delineamentos, ampliando a compreensão das múltiplas dimensões das desigualdades no tratamento do câncer de mama no contexto brasileiro.

Em síntese, os dados analisados indicam que as disparidades observadas são estruturais e multifatoriais, envolvendo determinantes sociais, distribuição geográfica de serviços e barreiras organizacionais. O enfrentamento dessas desigualdades exige intervenções intersetoriais, ampliação do financiamento da atenção oncológica e políticas públicas direcionadas à redução das iniquidades raciais e socioeconômicas. A consolidação do direito constitucional à saúde depende não apenas da existência formal de cobertura universal, mas da efetiva garantia de acesso oportuno e de qualidade ao tratamento oncológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as desigualdades no acesso, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde apresentam caráter estrutural e multifatorial, envolvendo determinantes socioeconômicos, raciais, regionais e organizacionais. As evidências analisadas demonstram que mulheres negras e pardas, com menor escolaridade e residentes em regiões com menor oferta de serviços especializados apresentam maior risco de diagnóstico tardio, atraso no início do tratamento e necessidade de deslocamento para centros de referência. Além disso, a insuficiência na oferta de mamografias, biópsias e exames anatomopatológicos, associada à concentração dos serviços oncológicos em grandes centros urbanos, contribui para a manutenção das iniquidades no acesso ao cuidado. Diante desse cenário, recomenda-se o fortalecimento da rede de atenção oncológica do SUS, com ampliação da capacidade diagnóstica, descentralização dos serviços especializados, integração entre os diferentes níveis de atenção e implementação de políticas públicas orientadas pela equidade assistencial. Essas estratégias podem favorecer o diagnóstico oportuno, reduzir atrasos terapêuticos e contribuir para melhores desfechos clínicos das mulheres com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. BARROS MBA, et al. Desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21(2): 351-362.
2. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
3. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
5. BRASIL. Presidência da República. 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, 2012.
6. CABRAL ALLV, et al. Social vulnerability and breast cancer: differentials in the interval between diagnosis and treatment of women with different sociodemographic profiles. Ciência & Saúde Coletiva, 2019; 24(2): 613-622.
7. CÂMARA AB, et al. Barriers to breast cancer screening in Brazilian women: socioeconomic and regional determinants. Healthcare, 2024; 12(4): 462.
8. CARVALHO JAM, GARCIA RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública, 2003; 19(3): 725-733.
9. Dias MBK, et al. Adequacy of provision of procedures for early detection of breast cancer in the Brazilian Unified National Health System: a cross-sectional study, Brazil and regions, 2019. Cadernos de Saúde Pública, 2024; 40(5): e00139723.
10. FERREIRA NAS, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. BMC Women's Health, 2017; 17: 13.
11. FERREIRA NAS, et al. Time interval between diagnosis and treatment of breast cancer in Brazil: national analysis from 1998 to 2012. BMC Cancer, 2020; 20: 1-10.
12. GIOVANELLA L, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva, 2018; 23(6): 1763-1776.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
14. MACHADO CV, et al. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cadernos de Saúde Pública, 2017; 33(supl. 2): e00129616.
15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global breast cancer initiative: implementation framework. Geneva: WHO, 2023.
16. PAIM JS, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, 2011; 377(9779): 1778-1797.
17. PERONI FMA, et al. Realizing the right to health in Brazil's Unified Health System through the lens of breast and cervical cancer. International Journal for Equity in Health, 2019; 18: 39.
18. SALDANHA RF, et al. Analytical study of the breast cancer patient flow network in Brazil from 2014 to 2016. Cadernos de Saúde Pública, 2019; 35: e00090918.
19. SILVA GAE, et al. Acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil: análise dos registros hospitalares de câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, 2019; 60(3): 239-246.
20. SILVA GAE, et al. Mammography in Brazil: inequalities in access and use of screening services. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2016; 19(2): 1-14.
21. SILVA MJSD, et al. Regionalization and patient mobility for breast cancer treatment in the Brazilian public health system. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(9): 1-10.
22. TRAVASSOS C, CASTRO MS. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012; 183-206.
23. VIEIRA FS. A judicialização da saúde no Brasil e seus impactos no SUS. Revista de Saúde Pública, 2018; 52.
24. WILKERSON AD, et al. Structural and social determinants of breast cancer treatment disparities: a contemporary review. JAMA Network Open, 2024; 7(4): e248197.