

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

DOMINIK MIUCKY DOMINGOS VICENTE
STHEFANY CRISTIANE DA SILVA
YASMIN MARIA GOMES DA SILVA

**A INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO: barreiras no acesso ao
diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil**

RECIFE/2025

DOMINIK MIUCKY DOMINGOS VICENTE
STHEFANY CRISTIANE DA SILVA
YASMIN MARIA GOMES DA SILVA

A INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO: barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Disciplina TCC II do
Curso de Bacharelado em Direito do
Centro Universitário Brasileiro -
UNIBRA, como parte dos requisitos
para conclusão do curso.

Orientadora: Prof. Me. Patrícia Alves da
Silva

RECIFE
2025

DOMINIK MIUCKY DOMINGOS VICENTE
STHEFANY CRISTIANE DA SILVA
YASMIN MARIA GOMES DA SILVA

A INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO: barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina TCC II do Curso de Direito do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Prof.º Me. Patrícia Alves da Silva

Orientadora

Professor (a) Examinador (a)

Professor (a) Examinador (a)

Recife, 05/12/2025.

NOTA:_____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, que é nosso guia e nosso alicerce em todos os momentos desta jornada. Sem Ele, nada disso seria possível.

Aos nossos pais, que foram nossa base de apoio e compreensão em cada etapa, expressamos nossa profunda gratidão. Suas palavras de encorajamento, paciência e amor incondicional nos deram a força necessária para seguir em frente, mesmo diante dos desafios mais difíceis.

Aos professores que tivemos ao longo desta jornada acadêmica, também registramos nosso agradecimento. Cada um de vocês contribuiu com seu conhecimento e sua experiência, o que foi crucial para o nosso crescimento. Em especial, à Professora Patrícia Alves da Silva, por sua orientação atenta e inspiradora durante a elaboração deste trabalho. Sua dedicação e entusiasmo foram fundamentais para que desenvolvêssemos não apenas este trabalho, mas também o compromisso ético que levaremos para nossa trajetória profissional.

Reconhecemos, ainda, o apoio de colegas e amigos que participaram desta caminhada acadêmica conosco.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade, deixamos o nosso sincero e profundo agradecimento.

Com gratidão eterna,
Dominik, Sthefany e Yasmin.

RESUMO

O presente artigo analisa o acesso ao diagnóstico e tratamento com câncer de mama no Brasil, com ênfase na superação de barreiras à saúde para garantir o atendimento adequado a pacientes, sendo um percurso repleto de obstáculos para estas mulheres assistidas, transformando um direito básico em uma batalha de esperas por exames, diagnósticos e início do tratamento de quimioterapia essenciais. Embora seja um serviço ofertado pelo Estado através do Sistema Único de Saúde, tem gerado desafios significativos. Tem como problema de pesquisa, quais são as principais falhas no atendimento a pacientes com câncer de mama pelo Sistema Único de Saúde. O objetivo geral é analisar as dificuldades na concessão de tratamento a pacientes com câncer de mama na saúde pública. Os objetivos específicos consistem em analisar pesquisas que abordam a situação das mulheres não rastreadas pelo Estado, evidenciar a responsabilidade estatal na garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento, e destacar a importância da relação entre o Estado e as políticas públicas de saúde voltadas para o enfrentamento do câncer de mama. A pesquisa tem caráter qualitativo, com base em revisão bibliográfica, incluindo a Constituição Federal e o Estatuto da Pessoa com Câncer, bem como a jurisprudência relacionada. Conclui-se, portanto, pela urgência em fortalecer políticas públicas e instrumentos legais voltados ao enfrentamento do câncer de mama. Somente com ações efetivas, humanas e integradas será possível garantir o pleno direito à saúde e a dignidade das mulheres brasileiras que enfrentam essa dura realidade.

Palavras-Chaves: Câncer de Mama; Responsabilidade Civil; Sistema Único de Saúde; Acesso à Saúde.

The invisibility of suffering: barriers to accessing breast cancer diagnosis and treatment in Brazil

ABSTRACT

This article analyzes access to breast cancer diagnosis and treatment in Brazil, emphasizing the overcoming of health barriers to ensure adequate care for patients. This process is fraught with obstacles for these women, transforming a basic right into a battle of waiting for essential exams, diagnoses, and the start of chemotherapy treatment. Although offered by the State through the Unified Health System (SUS), it has generated significant challenges. The research problem is to identify the main shortcomings in the care provided to breast cancer patients by the Unified Health System. The study examines the overall objective of addressing the difficulties in granting treatment to breast cancer patients within the public health system. Specific objectives include analyzing research addressing the situation of women not screened by the State, highlighting the State's responsibility in guaranteeing access to diagnosis and treatment, and emphasizing the importance of the relationship between the State and public health policies aimed at combating breast cancer. The research is qualitative in nature, based on a literature review, including the Federal Constitution and the Statute of Persons with Cancer, as well as related jurisprudence. It is concluded, therefore, that there is an urgent need to strengthen public policies and legal instruments aimed at tackling breast cancer. Only with effective, humane, and integrated actions will it be possible to guarantee the full right to health and dignity of Brazilian women who face this harsh reality.

Keywords: Breast Cancer; Civil Liability; Unified Health System; Access to Health.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Responsabilidade civil objetiva do Estado	10
2.1 <i>À margem do rastreamento: mulheres fora do alcance da mamografia pública.....</i>	<i>11</i>
2.2 <i>O preço da omissão Estatal: quando o custo recai sobre os mais vulneráveis.....</i>	<i>14</i>
2.3 <i>Óbices à efetivação do combate ao câncer no Brasil residem na dificuldade de assegurar o acesso aos serviços de saúde.....</i>	<i>14</i>
2.4 <i>A assistência oncológica como dever do Estado: obrigações do SUS.....</i>	<i>15</i>
2.5 <i>A invisibilidade que mata.....</i>	<i>16</i>
3. Considerações Finais.....	19
Referências.....	19

1. Introdução

O câncer de mama representa uma das principais causas de mortalidade entre as mulheres brasileiras e muitas pacientes ainda enfrentam longas jornadas de sofrimento invisível até obter diagnóstico e tratamento adequados. Essa invisibilidade decorre, em grande parte, das barreiras estruturais e institucionais que comprometem o acesso à saúde pública. Nesse contexto, torna-se indispensável refletir sobre a responsabilidade civil do Estado diante das falhas do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento às pacientes oncológicas, especialmente àquelas diagnosticadas com câncer de mama.

O presente artigo tem como objetivo analisar a responsabilidade civil do Estado no âmbito do SUS, com foco específico nos casos envolvendo pacientes com câncer de mama. Considerando o aumento da incidência de câncer de mama no Brasil, elevada complexidade dos tratamentos, torna-se imprescindível discutir omissões ou atrasos no diagnóstico e tratamento da doença, para cada ano triênio de 2023 a 2025, cuja estimativa é de 73.610 casos novos das instituições públicas diante das falhas. A judicialização da saúde e a busca por reparação de danos decorrentes à responsabilidade por falhas na gestão do sistema, em âmbito público, evidenciam a necessidade de compreender quem, de fato, responde por tais prejuízos: o Estado.

Criado pela Carta Magna, o SUS, como uma forma de garantir o direito social à saúde para todos os brasileiros. Ele tem como base três princípios fundamentais: universalidade, equidade e integralidade, que orientam a oferta dos serviços de saúde. Mais do que um simples sistema de atendimento, representa uma conquista social importante, já que busca reduzir desigualdades e promover a inclusão no acesso aos cuidados de saúde.

O Estado tem o dever constitucional de garantir direitos fundamentais como a saúde, a responsabilização por omissão é um tema complexo, pois a teoria do risco administrativo, que fundamenta a responsabilidade objetiva, exige um dever específico e a possibilidade de o Estado agir para evitar o dano, sob pena de transformá-lo em um segurador universal. Como alertou Celso de Mello¹, atender aos interesses da coletividade não pode levar à interpretação de que qualquer falha, ainda que decorrente de ato de terceiros, configure automaticamente responsabilidade do poder público.

No entanto, na prática, a prestação desse serviço público nem sempre corresponde aos parâmetros constitucionais, especialmente em situações que exigem respostas céleres e eficazes, como no tratamento de pacientes com câncer de mama. Quando o poder público falha em oferecer o suporte necessário, surge a possibilidade de responsabilização estatal, fundamentada na responsabilidade objetiva prevista no artigo 37, §6º, da Carta Magna², que impõe ao Estado o dever de indenizar danos decorrentes de condutas comissivas ou omissivas no exercício da função administrativa.

Para que o Estado cumpra seu dever constitucional de garantir o direito à saúde, é fundamental que as ações de controle do câncer de mama sejam continuamente avaliadas. O uso dos dados do SUS e de pesquisas nacionais permite identificar falhas e avanços, orientando melhorias no diagnóstico e tratamento. A omissão estatal diante dessas informações pode configurar responsabilidade civil, sobretudo quando a ineficiência contribui para o agravamento do quadro clínico das pacientes.

De acordo com Carlos Roberto Gonçalves³, a responsabilidade civil, em sua essência, visa à reparação de um prejuízo injustamente causado a outrem, configurando-se como instrumento de justiça corretiva. Essa compreensão

mostra-se especialmente pertinente quando se observa o contexto do SUS, onde a disparidade entre a alta demanda por atendimento e a limitada capacidade de resposta do sistema público pode resultar em falhas, seja por ação ou omissão estatal.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como problema de pesquisa entender quais são as principais falhas no atendimento a pacientes com câncer de mama pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda, a partir desta problemática, identificar o impacto dessas falhas nas vidas das pacientes.

Ao se analisar as deficiências estruturais, operacionais e humanas no SUS impactam negativamente o acesso e a qualidade do atendimento aos pacientes oncológicos, podendo configurar a responsabilidade civil objetiva do Estado. Diante da ausência ou ineficácia do tratamento oncológico oportuno, presume-se que o Estado possa ser considerado civilmente responsável e, portanto, obrigado a reparar os danos causados, seja por meio de indenização, por danos morais, materiais ou ambos.

Essa responsabilização, por sua vez, implica a necessidade de compensação dos prejuízos, levantando a questão de quem arca com esses custos e como isso se reflete na alocação de recursos dentro do SUS e na garantia do direito à saúde. Assim, a comprovação da falha ou omissão estatal na prestação dos serviços de saúde oncológicos, com demonstração do nexo de causalidade com os danos sofridos pelos pacientes, fundamenta a responsabilização civil do Estado.

Dessa forma, a presente pesquisa, elege como objetivo geral as dificuldades na concessão de tratamento a pacientes com câncer de mama no âmbito das políticas públicas de saúde, apontando os principais entraves e propondo estratégias para aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços oncológicos oferecidos.

Para tanto, são analisados os objetivos específicos, que consistem em analisar pesquisas que abordam a situação das mulheres não rastreadas pelo Estado, evidenciar a responsabilidade estatal na garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento oncológico, e destacar a importância da relação entre o Estado e as políticas públicas de saúde voltadas para o enfrentamento do câncer de mama.

Com isso, a metodologia utilizada neste estudo baseia-se em uma pesquisa qualitativa, com base em pesquisa bibliográfica, legislativa, jurisprudencial, decisões judiciais, análise jurisprudencial do tribunal superior STF, e pela legislação pertinente, notadamente a Constituição Federal de 1988, a Lei no 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde)⁴ e a Lei no 14.758/2023 (Estatuto da Pessoa com Câncer)⁵.

Compreender essas normas buscou identificar os deveres do Estado na prestação de serviços de saúde prestado a pessoas com câncer de mama, e as possíveis implicações jurídicas decorrentes de sua inobservância. O principal, as citações doutrinárias inseridas no texto visam fundamentar os argumentos apresentados e contextualizar as questões jurídicas envolvidas. A intenção foi delinear o panorama jurídico existente, e identificar os principais desafios.

Conclui-se, assim, que busca-se contribuir para o esclarecimento jurídico dessa questão complexa, ressaltando a relevância da responsabilização como instrumento de justiça e garantia efetiva do direito fundamental à saúde, constitucionalmente assegurado. Portanto, diante dessa conjuntura, torna-se fundamental analisar a extensão da responsabilização civil do Estado e de garantia efetiva do direito fundamental à saúde, especialmente diante da invisibilidade do sofrimento vivenciado por pacientes com câncer de mama no Brasil.

2. Responsabilidade civil objetiva do Estado

O câncer representa um problema de saúde pública global, com crescente incidência e impacto socioeconômico significativo. No Brasil, estima-se um elevado número de novos casos anuais, demandando sistemas de saúde robustos e eficientes para o diagnóstico e tratamento. A Constituição Federal de 1988⁵ estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, princípio que fundamenta a atuação do Sistema Único de Saúde. No contexto oncológico, a efetivação desse direito envolve o acesso universal e igualitário aos serviços, mas também a responsabilização por eventuais falhas na sua prestação.

A responsabilidade civil do Estado, em geral, é de natureza objetiva (segundo a teoria do risco administrativo) para ações ativas, conforme estabelecido no art. 37, § 6º, da Constituição Federal⁶. Diante das dificuldades para obter diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil, a responsabilidade objetiva do Estado delega a obrigação de indenizar à paciente, sem que seja necessário provar culpa (seja intencional ou por falta de habilidade) na ação administrativa.

Além disso, deve ser demonstrado a relação de causa entre as falhas estruturais e as omissões do sistema de saúde (que ocasionam a 'invisibilidade do sofrimento') e a lesão enfrentada pela paciente. A concretização de um dano à saúde que compromete a equidade nos direitos fundamentais estabelece para o Estado a responsabilidade de compensar o sofrimento, mesmo na ausência de falhas intencionais na prestação dos serviços.

A realidade do sistema de saúde brasileiro frequentemente revela desafios estruturais que comprometem a qualidade e a tempestividade do atendimento oncológico. Questões como a demora no diagnóstico e tratamento, a insuficiência de recursos e a desigualdade regional no acesso impactam diretamente a vida dos pacientes. Diante desse cenário, torna-se relevante analisar a responsabilidade civil do Estado, especialmente em casos de omissão ou falha que resultem em danos aos pacientes oncológicos.

Este artigo científico tem como objetivo analisar a responsabilidade civil do Estado no contexto do direito à saúde no Brasil, com foco na atuação do Sistema Único de Saúde frente às necessidades dos pacientes com câncer.

Serão examinadas as obrigações do Estado, bem como a possibilidade de responsabilização civil em situações de omissão ou falha na prestação dos serviços, que possam comprometer a vida e a dignidade da paciente com câncer de mama. A discussão abordará também o financiamento do SUS como elemento crucial para a garantia do acesso e a prevenção da omissão estatal.

Além disso, é imprescindível considerar o papel do Judiciário na efetivação do direito à saúde, sobretudo quando há omissão estatal ou falhas reiteradas no fornecimento de tratamentos às pessoas com câncer de mama. A judicialização da saúde tem se tornado uma via frequentemente utilizada por pacientes que enfrentam dificuldades no acesso a medicamentos, exames ou procedimentos indispensáveis ao tratamento do câncer. Embora represente uma importante ferramenta de garantia de direitos, essa prática também evidencia as lacunas do sistema público e os entraves na gestão administrativa da saúde.

Em que a atuação deficiente do Estado, especialmente na judicialização de medicamentos e tratamentos essenciais, configura não apenas um entrave administrativo, mas uma violação aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988⁷ e do direito à saúde e artigos 6º da Constituição Federal de 1988⁸.

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal,

constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III – a dignidade da pessoa humana. Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal, sob a liderança da ministra Cármen Lúcia, reiterou, em uma decisão recente, que a imposição legal de cobertura para tratamentos ou procedimentos que não estão incluídos na lista da ANS é constitucional, desde que atendidos os requisitos técnicos e legais (STF, Informativo 1191, 2025)⁹. Essa posição fortalece a função do Judiciário na realização do direito à saúde, reconhecendo que a salvaguarda da vida e da dignidade humana deve ser prioritária em relação às restrições administrativas ou financeiras do Estado.

2.1 À margem do rastreamento: mulheres fora do alcance da mamografia pública

A ausência de acesso eficiente à mamografia no sistema público, relegando mulheres com diagnósticos tardios ou sem diagnóstico algum, representa uma falha significativa por parte do governo em cumprir seu dever de garantir serviços essenciais. A não realização do direito à saúde, que envolve o mínimo necessário para a prevenção do câncer, demonstra ser claramente uma falha estatal, que não tem sido solucionada.

O SUS, instituído pela nossa Carta Magna, elevou o direito à saúde à condição de um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, conforme o disposto no artigo 196 da CF/88¹⁰.

Art. 6º A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O índice de mulheres na faixa etária considerada (50 a 69 anos) que jamais se submeteram ao exame de mamografia é notavelmente mais elevado nas micro-regiões Norte e Nordeste. No âmbito nacional, essa proporção registrou um decréscimo de 31,5% na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 para 24,2% na edição de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹¹.

Verifica-se que, em todas as unidades regionais, quanto superior a escolaridade e o rendimento per capita domiciliar, menor a incidência de mulheres que nunca realizaram o procedimento. No que tange ao quesito raça/cor, a variação entre os grupos não se demonstrou significativa.

Essa diferença se torna ainda mais evidente ao associar a ausência do exame a fatores socioeconômicos, uma vez que a diminuição na realização do procedimento está diretamente relacionada a níveis mais elevados de escolaridade e renda per capita nas residências. Portanto, a solução para essa deficiência no serviço público não deve se limitar apenas a um aumento geral no número de vagas, mas exige, com urgência, a criação de políticas públicas direcionadas que abordem as causas subjacentes da desigualdade.

É fundamental priorizar o investimento em infraestrutura e logística de saúde nessas regiões, além de implementar estratégias proativas de busca e conscientização para garantir um acesso efetivo à mamografia, transformando o direito constitucional em uma realidade tangível para todas as mulheres brasileiras, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica.

Tabela 1: Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que nunca realizaram mamografia (%) segundo cor ou raça, nível de instrução e rendimento domiciliar per capita. Brasil e regiões. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019
Table 1: Percentage of women aged 50 to 69 who have never had a mammogram (%) according to race or ethnicity, education level, and per capita household income. Brazil and regions. National Health Survey, 2019

Variáveis	Regiões					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
Escolaridade						
Sem instrução e Fundamental incompleto	51,6 (47,2-55,9)	41,3 (38,7-44,0)	21,4 (18,6-24,5)	30,5 (26,7-34,6)	33,3 (29,1-37,9)	31,9 (30,2-33,5)
Fundamental completo e médio incompleto	33,9 (26,6-42,2)	31,7 (26,1-38,0)	19,7 (14,9-25,5)	28,7 (22,7-35,4)	21,6 (14,8-30,4)	24,5 (21,4-27,8)
Médio completo e superior incompleto	32,6 (27,4-38,2)	23,1 (19,7-27,0)	13,8 (11,0-17,3)	15,5 (11,5-20,5)	15,9 (11,0-22,4)	17,3 (15,4-19,3)
Superior completo	27,7 (20,1-36,8)	12,9 (9,8-16,8)	7,5 (5,3-10,5)	13,5 (9,1-19,5)	11,4 (7,3-17,3)	10,7 (9,0-12,6)
Cor ou raça						
Branca	37,8 (31,6-44,5)	30,1 (26,8-33,7)	16,0 (13,6-18,7)	22,6 (20,1-25,3)	21,1 (17,5-25,3)	20,5 (18,9-22,1)
Parda	43,9 (40,3-47,5)	35,3 (32,7-37,9)	15,9 (13,1-19,1)	32,4 (25,9-39,6)	26,6 (22,1-31,7)	28,2 (26,5-29,9)
Preta	38,9 (30,5-48,0)	34,8 (29,7-40,2)	22,0 (17,5-27,2)	22,6 (13,5-35,3)	20,9 (13,5-30,8)	26,6 (23,5-29,9)
Rendimento domiciliar per capita						
Sem rendimento até 1/4 SM	52,9 (43,1-62,5)	44,0 (36,5-51,7)	25,8 (18,0-35,5)	38,2 (23,0-56,0)	32,0 (20,1-46,8)	38,1 (33,3-43,2)
De 1/4 SM até 1/2 SM	49,0 (41,2-56,9)	43,5 (39,1-48,0)	25,5 (19,2-33,1)	29,1 (19,0-41,7)	29,0 (20,6-39,2)	37,3 (34,1-40,6)
De 1/2 a 1 SM	47,5 (42,6-52,5)	37,4 (34,3-40,5)	21,9 (18,3-26,0)	32,1 (26,9-37,7)	33,3 (26,8-40,4)	31,1 (29,0-33,2)
De 1 a 2 SM	37,4 (31,6-43,6)	23,4 (20,2-27,0)	18,9 (15,6-22,7)	23,6 (19,8-28,0)	21,4 (17,1-26,4)	21,5 (19,4-23,7)
De 2 a 3 SM	26,8 (18,8-36,7)	14,7 (9,3-22,6)	8,9 (6,4-12,4)	20,7 (15,6-26,9)	18,4 (12,7-25,9)	13,7 (11,5-16,2)
De 3 a 5 SM	24,2 (16,2-34,5)	13,6 (7,8-22,5)	4,9 (2,9-8,3)	17,0 (11,5-24,3)	13,6 (6,7-25,9)	9,9 (7,7-12,5)
Mais de 5 SM	3,8 (1,7-8,3)	15,1 (9,2-23,8)	4,8 (2,9-7,9)	7,4 (4,0-13,2)	11,1 (6,7-17,9)	7,2 (5,4-9,4)
Brasil e regiões	42,1 (39,2-45,1)	33,7 (31,8-35,7)	16,6 (14,9-18,5)	24,3 (21,8-27,0)	24,0 (21,2-27,0)	24,2 (23,1-25,3)

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021a. Legenda: SM – salário mínimo.
Source: Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2021a. Legend: SM – minimum wage.

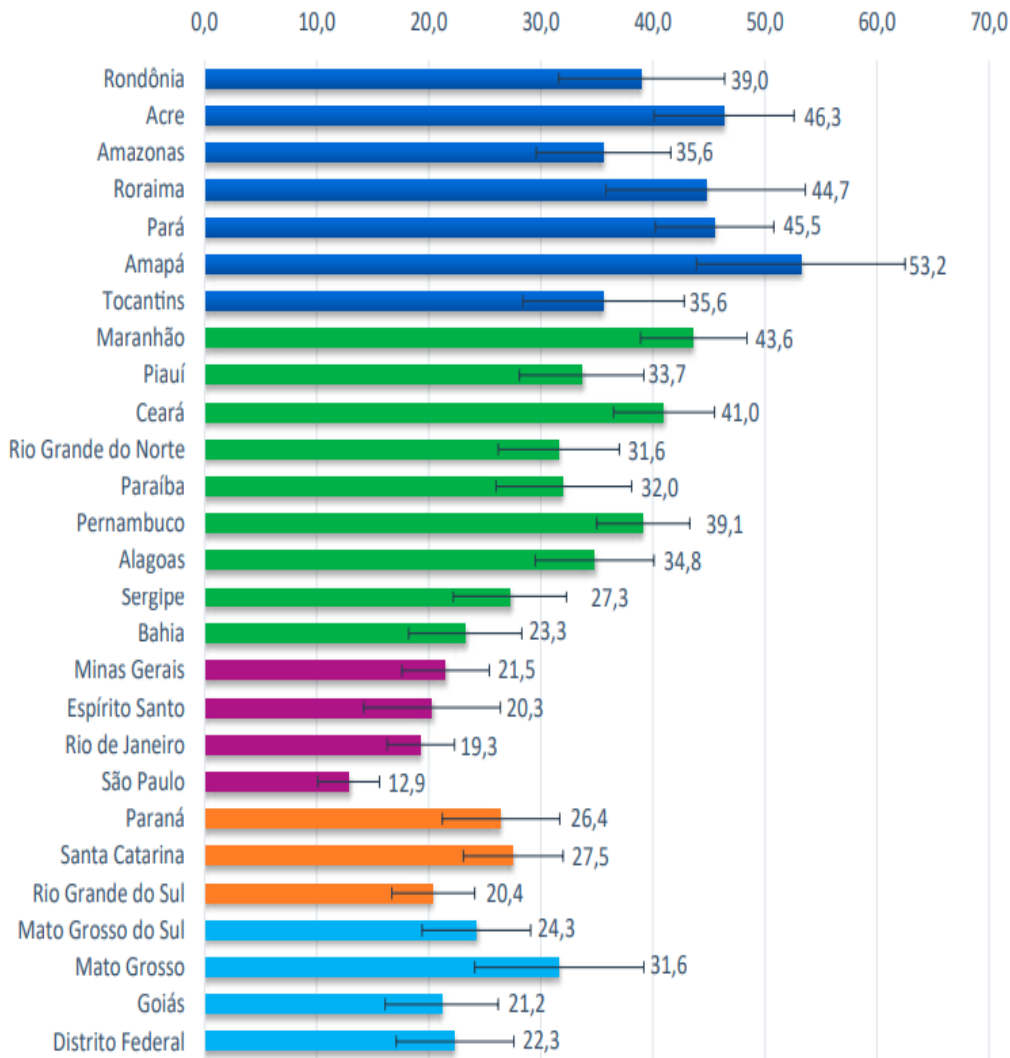
Com base nos dados da Tabela 1, a falha de rastreamento de mulheres de 50 a 69 anos que nunca realizaram mamografia é considerada grave e é particularmente acentuada na região Nordeste, que apresenta o maior percentual regional (31,4%). A desigualdade no acesso é mais drasticamente evidente pela variável de rendimento domiciliar per capita, com o Nordeste atingindo patamares elevados em grupos vulneráveis.

Os dados evidenciam que o grupo de menor renda, são os sem rendimento até 1/4 do salário mínimo, mais da metade (51,7%) das mulheres nordestinas nunca fez o exame. A saúde preventiva, direito fundamental essencial à dignidade humana, é desigualmente acessada no Brasil. Dados do INCA (2025) evidenciam que regiões como Norte e Nordeste apresentam menor cobertura de mamografias e ações de rastreamento em comparação ao Sul e Sudeste.

Esse percentual é mais que o dobro do encontrado na região Sudeste (25,8%) para o mesmo grupo de renda. A disparidade se mantém mesmo nas faixas de maior renda: 15,1% das mulheres nordestinas com mais de 5 salários mínimos de

renda domiciliar per capita nunca realizaram a mamografia, em forte contraste com os 4,8% observados no Sudeste.

Figura 1. Proporção de mulheres de 50 a 69 anos que nunca realizaram exame de mamografia, segundo Unidades da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde.
Figure 1. Proportion of women aged 50 to 69 who have never had a mammogram, according to Federative Units. National Health Survey.



Fonte: Brasil, 2025.
Source: Brazil, 2025.

A Figura 1 apresenta as informações da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), as mulheres que não realizaram o exame de mamografia. O gráfico revela uma notável disparidade regional na participação nesse exame. Os índices mais preocupantes são encontrados na região Nordeste é de aproximadamente 34,04%, a dificuldade ao acesso e o exame preventivo revela um cenário alarmante que prejudica a saúde das mulheres com câncer nesta região.

Em Pernambuco, a proporção de mulheres na faixa etária de interesse que nunca aderiu ao rastreamento mamográfico alcançou 39,1%, um dos indicadores mais críticos do Nordeste. Este dado sugere limitações significativas na efetividade das políticas de saúde estaduais e na ausência dessa parcela populacional eleva o risco de diagnósticos de câncer de mama em estágios clinicamente avançados. Isso, por sua vez, impacta negativamente a taxa de sobrevivência e demanda intervenções terapêuticas mais invasivas, comprometendo diretamente o prognóstico e a qualidade de vida das mulheres pernambucanas.

2.2 O preço da omissão Estatal: quando o custo recai sobre os mais vulneráveis

A Constituição Federal do Brasil estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, quando o financiamento público não se concretiza de forma eficaz, e os recursos destinados ao tratamento dos pacientes com câncer não alcançam aqueles que deles necessitam, a responsabilidade não desaparece, ela apenas se transfere de maneira silenciosa e cruel.

Neste cenário, quem arca com essa conta, mas sobretudo como esse pagamento é efetuado, e a resposta, por mais dura que seja, é inegável, paga-se com sofrimento, com dignidade violada, e em casos extremos, com a própria vida. O custo da ineficiência, da má gestão e da omissão estatal não se traduz apenas em números, mas as negativas se transformam em destinos ceifados antes do tempo, em histórias interrompidas pela ausência de cuidado que lhes era de direito.

Quando o Estado falha em garantir o acesso oportuno e integral ao tratamento de pacientes com câncer de mama, o fardo do abandono recai sobre os ombros dos mais frágeis, aqueles que já se encontram debilitados fisicamente, emocional e socialmente. A eles, resta a angústia de lutar não apenas contra a enfermidade, mas contra um sistema que, embora previsto em lei, muitas vezes se mostra ausente na prática. Tal omissão estatal, nos termos do art. 186 do Código Civil¹², configura ato ilícito.

A angústia dos pacientes reside em uma batalha dupla: não só contra a enfermidade em si, mas também contra um sistema que, apesar de estar previsto em lei, frequentemente se ausenta na prática do suporte necessário. Assim, a ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência que viole o direito e cause dano a outrem, seja este material ou exclusivamente moral, configura essa infração legal.

2.3 Óbices à efetivação do combate ao câncer no Brasil residem na dificuldade de assegurar o acesso aos serviços de saúde

Um dos principais obstáculos ao combate do câncer no Brasil é a dificuldade em assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde. Apesar dos avanços, muitos pacientes ainda enfrentam barreiras significativas para diagnóstico precoce, tratamentos especializados e fármacos de última geração, especialmente indivíduos de baixa renda e residentes em regiões remotas. Diante da gravidade do diagnóstico, pacientes e familiares frequentemente experimentam perplexidade e incerteza, desconhecendo os procedimentos a seguir. Nesse momento delicado, muitos deixam de buscar informações sobre seus direitos e benefícios legais, o que pode privá-los de amparo financeiro, social e emocional.

Conforme a doutrina de Maria Helena Diniz¹³, o dever de informação é elemento fundamental para o exercício dos direitos da personalidade e para o adequado consentimento informado nas relações médico-paciente. A partir dessa compreensão, o acesso à informação torna-se essencial aos portadores de câncer, permitindo escolhas conscientes sobre diagnóstico, tratamento e direitos assegurados.

Anualmente, milhares de brasileiros recebem o diagnóstico de câncer. A gravidade da doença frequentemente leva a um abalo emocional e desorientação, impedindo que busquem informações sobre os benefícios legais e garantias a que têm direito, perdendo a oportunidade de obter o devido amparo estatal.

Dada a relevância do tema, é fundamental a sistematização constitucional do direito à saúde, com atenção especial ao seu financiamento, pois essa matéria, embora essencial, apresenta complexidade e abstração no contexto das obrigações

estatais. Em situações de necessidade concreta e imediata, como demandas em saúde, o acesso não pode ser restringido apenas pelo princípio da reserva do possível, pois o dever estatal de prestação torna-se premente e inadiável.

O financiamento das políticas públicas de saúde é condição indispensável para que se assegure o acesso efetivo aos serviços e tratamentos, uma vez que a insuficiência de recursos compromete diretamente a concretização dos direitos fundamentais. Em situações de necessidade concreta e imediata, como demandas em saúde, o acesso não pode ser restringido apenas pelo princípio da reserva do possível, pois o dever estatal de prestação torna-se premente e inadiável.

2.4 A assistência oncológica como dever do Estado: obrigações do SUS

Compete ao Sistema Único de Saúde coordenar, integrar e fiscalizar os serviços de saúde públicos e privados, garantindo atenção integral à população. Essa estrutura é frequentemente vista como o plano de saúde mais abrangente que o Estado brasileiro pode oferecer. No entanto, para que essa potencialidade se concretize, é imprescindível a participação ativa da sociedade civil na fiscalização e aprimoramento do sistema.

A ausência de envolvimento efetivo de usuários e profissionais fragiliza o sistema, e sem a devida pressão social, a gestão pública pode não priorizar a qualidade e eficácia dos serviços.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima cerca de 704 mil novos casos de câncer por ano no Brasil até 2025¹⁴. Apesar das diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que preconiza o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, a realidade mostra uma discrepância entre a norma e a prática. No entanto, a infraestrutura para atender a essa demanda é insuficiente, resultando em atrasos significativos no acesso a exames diagnósticos, cirurgias e terapias.

A fiscalização social e a participação popular, asseguradas constitucionalmente, são mecanismos essenciais para garantir a execução eficiente e responsável da política pública de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁵ aborda importantes aspectos do sistema de saúde. Dessa forma, os dados INCA estimam que o Brasil registrou cerca de 704 mil novos casos de câncer por ano até 2025. Entretanto, a infraestrutura disponível para atender a essa demanda é insuficiente, resultando em atrasos significativos no acesso a exames diagnósticos, cirurgias e terapias.

Apesar dos avanços institucionais e da existência de instrumentos legais e de gestão, como o Sistema de Gestão do SUS (SARGSUS)¹⁶ e as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹⁷, o Brasil ainda enfrenta significativos desafios na garantia do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno do câncer de mama. Em 2025, o INCA¹⁸ estimou a ocorrência de aproximadamente 73.610 novos casos da doença no país, evidenciando o crescimento constante de sua incidência. O debate jurídico se concentra na responsabilidade civil objetiva do Estado pelas falhas do serviço, que a demora indevida reduz significativamente as possibilidades de cura ou sobrevida do paciente, um dano que deve ser reparado.

Indica que o Brasil está enfrentando um aumento considerável nos casos de câncer, ao mesmo tempo em que se depara com problemas na capacidade das instituições de saúde, desigualdade no acesso a tratamentos e uma falta de financiamento das unidades públicas. A pesquisa aponta que, apesar dos avanços em programas voltados para a detecção precoce e na ampliação de centros de referência, as políticas de prevenção e os investimentos em infraestrutura ainda não são suficientes para atender à demanda crescente. O Estado tem a sua obrigação

constitucional de proporcionar um tratamento digno e universal aos pacientes com câncer, principalmente os com câncer de mama.

Nesse contexto, é necessário discutir a responsabilidade civil médica dentro do SUS quando há falhas no atendimento a pacientes oncológicos. Atrasos, erros ou interrupções no tratamento podem causar danos graves, levantando a questão de quem deve responder por esses prejuízos: o médico, o Estado ou ambos. Esse debate é essencial para proteger os pacientes e fortalecer o direito à saúde.

A administração eficaz de dados e recursos no âmbito do SUS¹⁹ constitui um elemento essencial para o aprimoramento dos serviços de saúde. Contudo, sua implementação ainda enfrenta obstáculos significativos, evidenciados por falhas estruturais, insuficiência de investimentos em tecnologia e expressiva disparidade administrativa entre as esferas governamentais

As desigualdades regionais agravam essa situação. Estudos indicam que o tempo médio para início do tratamento do câncer de mama no Brasil²⁰ é de 174 dias, mais de três vezes o prazo legal. Além disso, a escassez de profissionais especializados e a concentração de recursos em certas regiões dificultam o acesso equitativo aos serviços. A consequência é a progressão da doença para estágios avançados, reduzindo as chances de cura e elevando a mortalidade.

O custo humano desta falha sistêmica é incalculável, refletindo-se em vidas perdidas e sofrimento evitável. Portanto, é imperativo implementar políticas públicas eficazes para garantir o acesso oportuno e adequado ao diagnóstico e tratamento do câncer, cumprindo o direito constitucional à saúde. Segundo Azevedo²¹, o câncer pode se tornar a principal causa de morte no Brasil até 2030²², diante desse cenário alarmante, cresce a preocupação com a qualidade e a eficácia do atendimento prestado aos pacientes oncológicos no âmbito do SUS.

2.5 A invisibilidade que mata

O direito fundamental à saúde, que deve ser garantido pelo Estado, exige a elaboração de políticas sociais que assegurem um acesso equitativo e abrangente aos serviços de saúde, com a finalidade de promover a prevenção e a proteção contra doenças. Contudo, o sistema de saúde pública no Brasil enfrenta um grande obstáculo no combate ao câncer de mama, evidenciado pela invisibilidade no acesso a mamografias.

Essa deficiência em um exame essencial para a detecção precoce provoca que mulheres recebam diagnósticos em estágios avançados ou, em alguns casos, não obtenham qualquer diagnóstico, o que constitui uma falha que compromete o básico para a saúde. Ao não garantir a disponibilização de métodos preventivos essenciais, o governo não apenas falha em atender seu dever constitucional, mas também perpetua desigualdades regionais e socioeconômicas, transformando a falta de acesso em um risco significativo e letal à vida das mulheres.

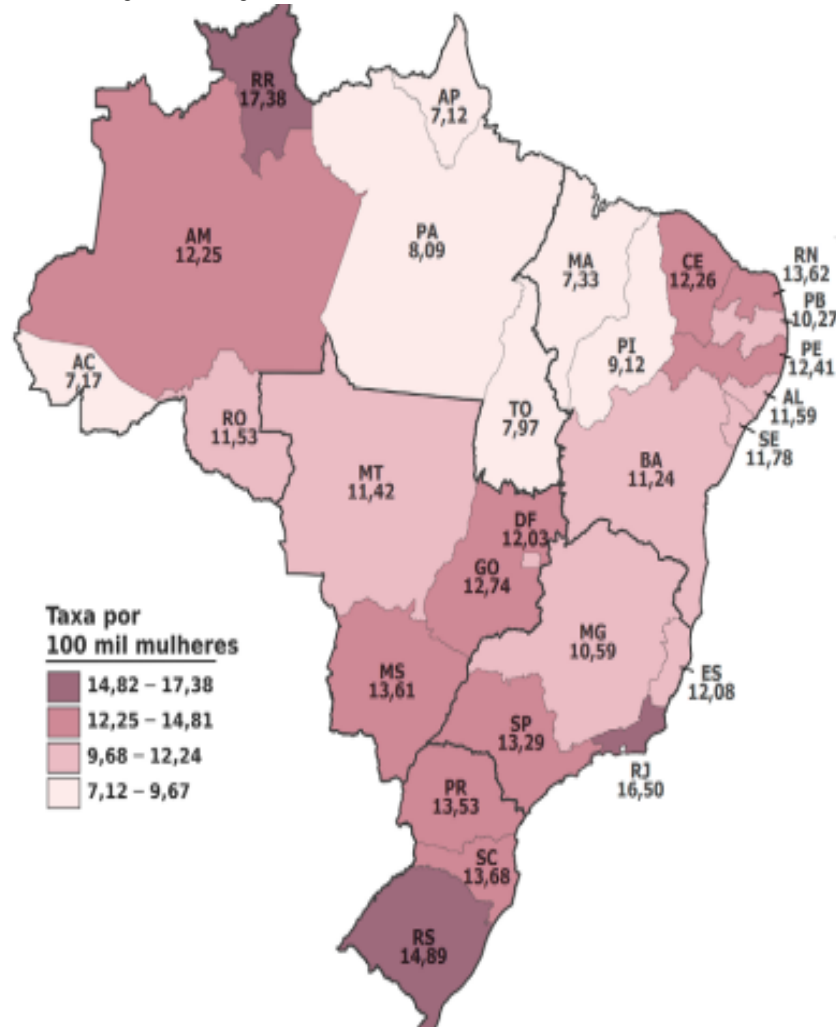
O ano de 2025 foi marcado por um cenário alarmante no Brasil, que superou a marca de 20 mil óbitos femininos decorrentes de câncer de mama. Essa cifra sublinha a gravidade e o impacto significativo dessa neoplasia na saúde pública nacional. A distribuição regional dessas fatalidades evidencia a correlação com as densidades demográficas. A região Sudeste²³ se destacou com o maior número absoluto de óbitos (9.706), seguida pela Nordeste (4.517). É crucial notar que essas são, de fato, as áreas mais populosas do país, o que naturalmente eleva a concentração de casos e desfechos desfavoráveis.

Esses dados não apenas quantificam a tragédia, mas também apontam para a necessidade premente de intensificar as políticas de rastreamento, diagnóstico precoce e acesso a tratamento oncológico de qualidade, especialmente nos estados

com maior concentração populacional e, consequentemente, maior volume de perdas.

A elevada taxa de mortalidade observada em regiões mais populosas, como o Sudeste e o Nordeste, um indicador expressivo das desigualdades estruturais e assistenciais, a necessidade urgente de fortalecer a gestão regionalizada da saúde, de modo a reduzir as disparidades entre os territórios e assegurar que os avanços tecnológicos e assistenciais alcancem, de forma justa e efetiva.

Figura 2. Representação espacial das taxas de mortalidade por neoplasia maligna da mama em 2025, por 100 mil mulheres, ajustadas por idade, segundo Unidades da Federação do Brasil.
Figure 2. Spatial representation of breast cancer mortality rates in 2025, per 100,000 women, adjusted for age, according to Brazilian Federative Units.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2025a. Nota: taxa ajustada pela população mundial.
Source: National Cancer Institute, 2025a. Note: rate adjusted for world population.

A Figura 2 ilustra as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil, normalizadas por faixa etária, para cada 100 mil mulheres. O gráfico demonstra a evolução dessas taxas ao longo do tempo nas cinco regiões, cobrindo o período do ano 2025²⁴, e destaca disparidades regionais, como a de Pernambuco, que registrou uma taxa ajustada de 12,41% por 100 mil mulheres, valor acima da média da Região Nordeste, que foi de 11,19% por 100 mil mulheres neste ano.

Dentre os estados analisados, Pernambuco sobressaiu-se com a mais alta taxa ajustada, alcançando 12,41% óbitos para cada 100 mil mulheres. Esta análise destaca a relevância do câncer de mama, que é a principal causa de morte por neoplasia entre as mulheres no cenário nordestino. Por outro lado, em Pernambuco

registrou 876 falecimentos, resultando em uma taxa bruta de 17,72% por 100 mil mulheres, que teve o maior total absoluto de mortes.

Tabela 2. Número de óbitos por câncer de mama em mulheres e taxas brutas e ajustadas por 100 mil mulheres. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2025.
Table 2. Number of deaths from breast cancer in women and crude and adjusted rates per 100,000 women. Brazil, regions and Federative Units, 2025.

Região/UF	N.º de óbitos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Norte	935	10,14	9,53
Acre	31	7,09	7,17
Amapá	26	6,51	7,12
Amazonas	253	12,00	12,25
Pará	382	8,91	8,09
Rondônia	118	13,65	11,53
Roraima	51	14,89	17,38
Tocantins	74	9,51	7,97
Nordeste	4.517	15,42	11,19
Alagoas	246	14,76	11,59
Bahia	1.218	15,99	11,24
Ceará	802	16,96	12,26
Maranhão	304	8,57	7,33
Paraíba	317	14,90	10,27
Pernambuco	876	17,72	12,41
Piauí	219	12,74	9,12
Rio Grande do Norte	346	19,63	13,62
Sergipe	189	15,97	11,78
Sudeste	9.706	21,29	13,26
Espírito Santo	378	18,18	12,08
Minas Gerais	1.829	16,90	10,59
Rio de Janeiro	2.506	27,75	16,50
São Paulo	4.993	21,12	13,29
Sul	3.599	22,80	14,12
Paraná	1.240	20,64	13,53
Rio Grande do Sul	1.536	26,60	14,89
Santa Catarina	823	20,55	13,68
Centro-oeste	1.408	16,45	12,48
Distrito Federal	253	16,33	12,03
Goiás	635	17,25	12,74
Mato Grosso	255	13,61	11,42
Mato Grosso do Sul	265	18,25	13,61
Brasil	20.165	18,59	12,58

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2025a. Legenda: UF – Unidade da Federação. Nota: taxa ajustada pela população mundial.
Source: National Cancer Institute, 2025a. Legend: UF – Federal Unit. Note: rate adjusted for world population.

Pernambuco, especificamente, contabilizou 876 falecimentos de mulheres devido ao câncer de mama no ano de 2025. Isso gerou uma taxa bruta de mortalidade de 17,72%²⁵. Entretanto, ao levar em conta a taxa ajustada pela população global, que possibilita comparações mais exatas entre diversas unidades da federação, o número foi de 12,41%. Esse dado coloca Pernambuco com uma taxa ajustada ligeiramente acima da média nacional de 12,38%, ressaltando sua posição na região Nordeste essa discrepância evidencia a urgente necessidade de se implementar medidas específicas para aprimorar o controle do câncer em cada um dos estados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo investigou a responsabilidade civil objetiva do Estado em relação às falhas no atendimento oncológico, com um enfoque particular nas dificuldades enfrentadas por mulheres diagnosticadas com câncer de mama dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa revelou que a lentidão administrativa e as lacunas estruturais do sistema ocasionam sérias violações ao direito fundamental à saúde, tornando o processo de acesso ao diagnóstico e ao tratamento uma evidência da "Invisibilidade do Sofrimento" vivida por essas pacientes.

A Constituição Federal e o Estatuto da Pessoa com Câncer garantem o direito inegociável ao tratamento completo e em prazo adequado. Entretanto, a inação estatal, manifestada pelos significativos atrasos no início da quimioterapia e na realização de exames imprescindíveis, caracteriza a violação do dever constitucional de agir. Essa falta de ação compromete diretamente a dignidade e a sobrevivência das pacientes, sendo incompatível com a responsabilidade do Estado de assegurar uma prestação de serviço à saúde complexa de qualidade.

Dessa forma, evidencia-se que a responsabilização estatal por danos causados pela ineficiência do sistema, mesmo sem a comprovação de culpa, constitui instrumento essencial de justiça. A jurisprudência brasileira confirma que atrasos e omissões governamentais, ao provocarem danos irreparáveis à saúde de mulheres com câncer de mama, impõem ao Estado o dever de indenizar e reparar os prejuízos sofridos.

Mais do que compensar individualmente, a responsabilização civil representa um importante mecanismo de controle social e incentivo à boa gestão, estimulando o uso responsável dos recursos do SUS, que pertencem à coletividade. A alegação de falta de orçamento não pode servir de justificativa para o descumprimento de deveres constitucionais, pois transfere injustamente às pacientes o ônus da ineficiência estatal, agravando suas perdas físicas, emocionais e sociais.

Conclui-se, portanto, pela urgência em fortalecer políticas públicas e instrumentos legais voltados ao enfrentamento do câncer de mama. Somente com ações efetivas, humanas e integradas será possível garantir o pleno direito à saúde e a dignidade das mulheres brasileiras que enfrentam essa dura realidade.

Referências

1. MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 38ª ed. Belo Horizonte, 2025.
2. BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 37, § 6º. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 de dezembro de 2025.
3. GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro: responsabilidade civil**. 20ª ed. São Paulo: SaraivaJur; 2025.
4. BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 de novembro de 2025.
5. BRASIL. **Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer. Lei nº 14.758, de 17 de dezembro de 2023**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm Acesso em: 5

de novembro de 2025.

6. BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Art. 37, § 6º. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 de dezembro de 2025.
7. BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Art. 1º, III. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 de dezembro de 2025.
8. BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Art.6 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 de novembro de 2025.
9. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.**Informativo 1191. Relatora: Ministra Cármen Lúcia. Brasília, DF, set. 2025.** Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo1191.htm>. Acesso em: 5 de novembro de 2025.
10. BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Art. 196. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 de novembro de 2025.
11. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números 2025.** Rio de Janeiro: INCA, 2025.
12. BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil.** Art. 186. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 4 de dezembro de 2025.
13. DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro. 39. ed.** São Paulo: Saraiva Jur, 2025.
14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números 2025.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 18 de setembro de 2025.
15. BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Ministério da Saúde, gestão José Gomes Temporão.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2025.
16. BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Gestão. Departamento de Informática do SUS – DATASUS.** Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sistema-de-gestao/>. Acesso em: 18 de novembro de 2025.
17. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025.** Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>. Acesso em: 14 de setembro de 2025.
18. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números 2025.** Rio de Janeiro: INCA, 2025.
19. BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF:**

Ministério da Saúde. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 de dezembro de 2025.

20. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa>. Acesso em: 15 de agosto de 2025.
21. AZEVEDO E SILVA, G.; LOTUFO, P. A.; LATORRE, M. R. D. O.; TEIXEIRA, M. T. B.; KOIFMAN, R. J.; SILVA, G. A. **Tendência da mortalidade por câncer no Brasil: estimativas e perspectivas. Revista Brasileira de Cancerologia, 2023**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/973316-cancer-deve-ser-a-primeira-caoa-de-morte-s-no-pais-ate-2030-diz-observatorio-de-oncologia>. Acessado em: 16 de outubro de 2025.
22. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Câncer deve ser a primeira caoa de mortes no País até 2030, diz observatório de oncologia. Câmara dos Deputados, 2023**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/973316-cancer-deve-ser-a-primeira-caoa-de-morte-s-no-pais-ate-2030-diz-observatorio-de-oncologia>. Acesso em: 16 de outubro de 2025.
23. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Cartilha do câncer de mama: dados e ações de controle 2025. Rio de Janeiro: INCA, 2025**. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17105/8/Cartilha_Cancer_Mama_2025_web_161025.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2025.
24. BRASIL. **Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil, por faixa etária e região, 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025**. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17733>. Acesso em: 30 de outubro de 2025.
25. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama no Brasil**. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17733>. Acesso em 01 de dezembro de 2025.