

DESIGUALDADES DE GÊNERO E LOCALIDADE NO ACESSO À SAÚDE ONCOLÓGICA: UMA ANÁLISE DAS BARREIRAS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER

Data de aceite: 02/07/2025

Ana Beatriz Aguiar da Silva Bezerra

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, embora garantido por diversos tratados e legislações ao redor do mundo, é frequentemente violado pelas desigualdades sociais, econômicas e estruturais que permeiam as sociedades contemporâneas. No contexto da oncologia, essas desigualdades tornam-se ainda mais evidentes, visto que o câncer é uma das doenças que mais demandam recursos tecnológicos, financeiros e humanos para sua prevenção, diagnóstico e tratamento. As barreiras de acesso à saúde são multifacetadas e se interseccionam com fatores como localização geográfica, gênero e identidade de gênero, reforçando padrões de exclusão que perpetuam altas taxas de morbidade e mortalidade em determinados grupos populacionais. Essas questões evidenciam a importância de compreender as dimensões que moldam o acesso à saúde oncológica, considerando não apenas os determinantes individuais,

mas também as estruturas sociais que influenciam os desfechos clínicos (Farmer et al., 2022).

A localidade é um dos determinantes mais impactantes no acesso aos serviços de saúde. Indivíduos que residem em áreas rurais, regiões remotas ou comunidades periféricas enfrentam desafios que vão além da ausência de serviços especializados. Esses territórios frequentemente apresentam escassez de infraestrutura básica, profissionais qualificados e programas de saúde pública bem implementados, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de doenças complexas como o câncer (Henley et al., 2017). Em contrapartida, regiões urbanas centralizadas tendem a concentrar hospitais de referência e centros de pesquisa, criando um paradoxo onde a geografia define as chances de sobrevivência de um indivíduo.

A distância física entre a residência do paciente e o centro de tratamento não é apenas um obstáculo logístico, mas também econômico e emocional. Custos

associados a deslocamentos, estadias e perdas de produtividade laboral dificultam a adesão ao tratamento, especialmente para aqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Além disso, a ausência de programas descentralizados, como unidades móveis de diagnóstico ou serviços de telemedicina, reforça essas desigualdades. Estudos indicam que pacientes em áreas distantes apresentam taxas mais elevadas de diagnóstico em estágios avançados da doença, resultando em piores prognósticos e maior mortalidade (Freeman & Wingrove, 2017).

As desigualdades de gênero no acesso à saúde oncológica revelam um cenário complexo e multifacetado. Culturalmente, os papéis de gênero moldam a forma como homens e mulheres percebem sua saúde e buscam atendimento médico. Mulheres, por exemplo, enfrentam dificuldades como baixa autonomia financeira e sobrecarga de responsabilidades familiares, fatores que podem atrasar a busca por cuidados preventivos e diagnósticos. Apesar disso, elas geralmente demonstram maior adesão a programas de rastreamento, como mamografias e exames preventivos de câncer de colo uterino, devido a políticas públicas voltadas especificamente para a saúde feminina (Smith et al., 2019).

Os homens, por outro lado, são menos propensos a realizar consultas de rotina e exames preventivos. A masculinidade tradicional, muitas vezes associada à ideia de invulnerabilidade, contribui para a negligência de sintomas iniciais e para o diagnóstico tardio de doenças graves, como o câncer de próstata. Essa resistência cultural é agravada pela ausência de campanhas robustas voltadas para a saúde masculina, o que perpetua o desconhecimento e o atraso na detecção precoce (Whitehead, 1992).

Além disso, as identidades de gênero não-binárias enfrentam barreiras ainda mais complexas. Indivíduos transgêneros frequentemente se deparam com discriminação, preconceito institucionalizado e falta de capacitação dos profissionais de saúde para atender às suas necessidades específicas. A ausência de protocolos adaptados para esse público reflete uma lacuna significativa nas políticas públicas de saúde, que continuam a marginalizar populações vulneráveis, resultando em desfechos oncológicos ainda mais desfavoráveis (Bauer et al., 2015).

O câncer, embora seja amplamente reconhecido como uma doença multifatorial, é também um reflexo das condições sociais e econômicas que moldam o acesso aos cuidados de saúde. A carga da doença não é distribuída de forma uniforme entre as populações; ela recai desproporcionalmente sobre aqueles que enfrentam barreiras socioeconômicas, de gênero e de localidade. Indivíduos em contextos de pobreza, por exemplo, enfrentam maiores dificuldades para acessar tecnologias de ponta, como terapias-alvo e imunoterapias, que são frequentemente limitadas a hospitais de alta complexidade localizados em grandes centros urbanos (Ferlay et al., 2020).

Programas de rastreamento e diagnóstico precoce, essenciais para reduzir a mortalidade por câncer, são frequentemente inacessíveis para populações de baixa renda ou residentes em áreas periféricas. A fragmentação dos sistemas de saúde, combinada com

a ausência de políticas públicas inclusivas, agrava essas disparidades. Mesmo em países com sistemas de saúde universal, como o Brasil, existem lacunas significativas no acesso a tratamentos avançados, devido à sobrecarga dos serviços públicos e à centralização de recursos especializados.

Quando analisamos a interseção entre localidade e gênero no acesso ao tratamento oncológico, torna-se evidente que as desigualdades não operam de forma isolada. Mulheres que residem em áreas rurais enfrentam desafios cumulativos, incluindo a escassez de serviços especializados e normas culturais que frequentemente priorizam os cuidados de saúde dos homens dentro das famílias. Essa desigualdade estrutural pode ser observada em países em desenvolvimento, onde o câncer de mama, embora seja altamente tratável em estágios iniciais, ainda apresenta altas taxas de mortalidade devido à falta de diagnóstico precoce (Henley et al., 2017).

Da mesma forma, homens que residem em localidades remotas enfrentam barreiras culturais e estruturais, como a falta de campanhas educativas sobre a importância de exames preventivos e a ausência de serviços urológicos acessíveis. Indivíduos transgêneros e não-binários, por sua vez, estão ainda mais marginalizados, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e econômica, onde o acesso a tratamentos especializados é praticamente inexistente. Essa marginalização reflete a necessidade urgente de políticas públicas que contemplem a diversidade de identidades e realidades geográficas.

Para enfrentar as desigualdades no acesso à saúde oncológica, é fundamental adotar abordagens integrativas que considerem tanto as barreiras estruturais quanto as especificidades culturais e sociais. Programas de saúde descentralizados, que levem serviços especializados às regiões mais afastadas, são essenciais para ampliar o alcance das políticas públicas. Além disso, é indispensável capacitar os profissionais de saúde para atender às necessidades de populações diversas, com foco na equidade de gênero e inclusão de identidades não-binárias.

A promoção de campanhas educativas, a implementação de políticas afirmativas e a ampliação de investimentos em infraestrutura de saúde são ações que podem transformar o cenário atual. Contudo, essas iniciativas precisam estar ancoradas em um compromisso político e social que reconheça a saúde como um direito universal e a desigualdade como uma violação desse direito.

Nesse sentido, o estudo tem por objetivo analisar como as diferenças de gênero, incluindo identidade de gênero, e a localidade influenciam o acesso à saúde, com foco no diagnóstico, prevenção e tratamento oncológico, evidenciando as disparidades no atendimento a pacientes em diferentes contextos socioeconômicos e geográficos.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acesso ao cuidado oncológico é uma questão multifacetada, com desigualdades evidentes em termos de gênero, identidade de gênero e localização geográfica. Essas desigualdades não se restringem apenas ao acesso físico aos serviços de saúde, mas também envolvem barreiras econômicas, socioculturais e políticas que agravam a vulnerabilidade de grupos marginalizados (Whitehead et al., 2008; Phipps et al., 2016). No contexto das mulheres, os cânceres ginecológicos, como os de mama e colo de útero, frequentemente são identificados de forma tardia devido a uma combinação de fatores, como a falta de infraestrutura médica e a subnotificação dos sintomas em áreas rurais (Whitehead et al., 2008).

Por outro lado, as pessoas transgênero enfrentam desafios únicos no acesso ao cuidado oncológico, que vão desde a marginalização social até a falta de protocolos médicos adaptados às suas necessidades específicas (Bauer et al., 2015; Jaspal & Cinnirella, 2017). Além disso, a localização geográfica também desempenha um papel crucial na equidade do tratamento oncológico, com diferenças substanciais observadas entre as populações urbanas e rurais, principalmente em países de baixa e média renda (Ferlay et al., 2020; Henley et al., 2017). Estudos apontam que regiões rurais e periféricas carecem de centros oncológicos adequados, o que leva a diagnósticos tardios e tratamentos menos eficazes (Burnet et al., 2014; Henley et al., 2017).

Ao considerar essas desigualdades de forma interseccional, é possível observar que o acesso ao tratamento oncológico continua a ser um desafio para populações específicas, principalmente as que vivem em regiões periféricas ou em situações de vulnerabilidade socioeconômica.

2.1 Diferenças de Gênero e Identidade de Gênero no Acesso à Saúde Oncológica

A relação entre gênero, identidade de gênero e saúde oncológica é complexa e multifacetada, evidenciando profundas desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços prestados. Segundo Whitehead (1992), equidade em saúde é atingida quando as diferenças evitáveis entre grupos populacionais são eliminadas, mas as disparidades de gênero persistem em diversas dimensões do cuidado oncológico.

Estudos destacam que as mulheres enfrentam desigualdades no acesso ao cuidado oncológico, especialmente em relação a cânceres ginecológicos e mama. As mulheres geralmente têm maior propensão a buscar cuidados médicos preventivos em comparação aos homens, mas as taxas de diagnóstico precoce ainda são impactadas pela falta de infraestrutura de saúde, falta de programas adequados de rastreamento e o estigma associado ao câncer. Whitehead et al. (2008) observam que, embora as mulheres procurem tratamento mais cedo, ainda há uma grande disparidade na detecção precoce,

principalmente em áreas rurais, onde a falta de centros de saúde especializados impede a realização de exames preventivos.

Não obstante, é evidenciado que fatores socioeconômicos, como a pobreza e a falta de educação em saúde, influenciam diretamente a detecção e o tratamento do câncer entre as mulheres. Phipps et al. (2016) mostraram que a escassez de recursos, especialmente em países em desenvolvimento, é um dos maiores desafios para o acesso ao tratamento oncológico. Freeman e Wingrove (2017) apontam que, em muitas regiões, as mulheres enfrentam uma resistência cultural e estrutural que impede que busquem tratamento, resultando em diagnósticos mais tardios e menores taxas de sobrevida.

No caso da população transgênero, as desigualdades são ainda mais evidentes. Jaspal e Cinnirella (2017) destacam que a marginalização da população transgênera impede o acesso a cuidados médicos adequados. Essa população enfrenta discriminação e falta de protocolos médicos inclusivos, o que prejudica sua adesão a programas de rastreamento de câncer e aumenta o risco de diagnósticos tardios. De acordo com Bauer et al. (2015), a exclusão dos serviços de saúde é particularmente grave em países com sistemas de saúde pouco preparados para atender as necessidades dessa população. Além disso, indivíduos transgêneros, frequentemente não têm acesso adequado a tratamento hormonal, o que pode agravar o risco de certos tipos de câncer, como os de mama e próstata.

O estudo de Reisner et al. (2016) também revela que as pessoas transgênero enfrentam desafios psicológicos adicionais, como ansiedade e depressão, fatores que podem dificultar a busca por cuidados médicos. Esses desafios, combinados à discriminação no atendimento médico, resultam em um diagnóstico tardio e um tratamento muitas vezes inadequado.

2.2 Impacto da Localidade no Diagnóstico e Tratamento Oncológico

A localidade do indivíduo é um dos fatores determinantes mais expressivos na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Em regiões rurais ou periféricas, a distância até os centros especializados e a falta de transporte acessível dificultam o acesso aos cuidados. Freeman e Wingrove (2017) ressaltam que a ausência de infraestrutura adequada nesses locais reduz significativamente a detecção precoce de câncer, resultando em um aumento das taxas de mortalidade. O estudo de Burnet et al. (2014) mostrou que as áreas rurais carecem de centros oncológicos adequados, o que leva a um diagnóstico tardio, quando o câncer já se encontra em estágios avançados e as opções de tratamento são limitadas.

A pesquisa de Ferlay et al. (2020) sobre a incidência e mortalidade de câncer em nível mundial revela uma clara desigualdade entre as áreas urbanas e rurais. As populações rurais, muitas vezes, enfrentam dificuldades no acesso a exames preventivos, como mamografias e exames de colo de útero, além de uma escassez de tratamentos eficazes.

devido à falta de hospitais especializados e à escassez de profissionais capacitados. Henley et al. (2017) confirmam que a escassez de centros especializados em áreas rurais contribui para o aumento das taxas de mortalidade por câncer nessas regiões, já que os pacientes são diagnosticados em estágios mais avançados.

Outro estudo realizado por Freeman e Wingrove (2017) sobre os desafios enfrentados por regiões periféricas em países de baixa e média renda aponta que, além da falta de infraestrutura, os custos elevados de deslocamento e a dificuldade de acesso a informações sobre os cuidados preventivos tornam o tratamento oncológico mais inacessível. Em muitas dessas regiões, o transporte inadequado e a distância dos centros oncológicos tornam o acesso a tratamento ainda mais difícil, resultando em disparidades significativas nas taxas de sobrevivência entre os pacientes que residem em áreas urbanas e rurais.

2.3 Interseções entre Fatores Socioculturais, Econômicos e Regionais

As desigualdades no acesso ao cuidado oncológico não podem ser compreendidas sem considerar a interseção de fatores socioculturais, econômicos e regionais. O estudo de Whitehead (1992) argumenta que a pobreza e a falta de educação em saúde desempenham um papel central nas desigualdades de saúde, dificultando o acesso a serviços médicos em diversas comunidades. A educação em saúde é um fator chave que contribui para a detecção precoce do câncer, mas, em muitas regiões, a falta de programas de educação e conscientização impede que as populações busquem tratamento nos estágios iniciais da doença.

No caso das mulheres e da população transgênero, a marginalização social e a discriminação no ambiente médico agravam ainda mais a desigualdade no acesso ao tratamento. O estudo de Smith et al. (2019) demonstrou que a pobreza, quando combinada com a discriminação e a falta de informações sobre saúde, aumenta a probabilidade de diagnósticos tardios e de tratamentos ineficazes. Bauer et al. (2015) também destacam que, além das barreiras econômicas, a falta de políticas de saúde públicas que atendam às necessidades específicas da população transgênero contribui para as disparidades no cuidado oncológico.

A resistência cultural e os estigmas relacionados ao câncer também são fatores significativos que influenciam o acesso ao cuidado. Em muitas culturas, o câncer é visto como uma doença associada à morte e ao estigma, o que pode levar as pessoas a evitarem procurar tratamento até que os sintomas sejam irreversíveis (Smith et al., 2019). O estudo de Freeman e Wingrove (2017) também sugere que, em algumas regiões periféricas, as normas culturais que priorizam o bem-estar coletivo em detrimento da saúde individual dificultam a adesão a tratamentos médicos adequados.

2.4 Estratégias para Reduzir Desigualdades no Atendimento Oncológico

A superação das disparidades em saúde oncológica exige esforços integrados e intersetoriais. Investimentos em políticas públicas inclusivas, que considerem as particularidades de gênero e localidade, são fundamentais para promover a equidade. Freeman e Wingrove (2017) sugerem que programas de navegação de pacientes, que acompanham o indivíduo desde o diagnóstico até o término do tratamento, podem melhorar os desfechos de saúde, especialmente em populações vulneráveis.

Além disso, a capacitação de profissionais de saúde é essencial para lidar com as necessidades específicas de populações marginalizadas. Bauer et al. (2015) enfatizam que a formação continuada dos profissionais em temas como diversidade de gênero e inclusão é crucial para reduzir barreiras de acesso e melhorar a qualidade do atendimento.

Investir em infraestrutura e tecnologia, como a expansão da telemedicina e a descentralização dos serviços de saúde, também é uma solução viável. Henley et al. (2017) apontam que a implementação de centros regionais de atendimento oncológico pode reduzir as disparidades geográficas e oferecer suporte especializado às comunidades mais remotas.

Por fim, campanhas de conscientização adaptadas às especificidades socioculturais de cada região podem promover mudanças comportamentais e aumentar a adesão aos programas de prevenção e tratamento, reduzindo o impacto do câncer na população geral (Smith et al., 2019).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As disparidades no acesso e na qualidade do cuidado oncológico representam uma manifestação alarmante das inequidades estruturais presentes nos sistemas de saúde contemporâneos. A análise conduzida neste capítulo evidencia que fatores como gênero, identidade de gênero e localidade interagem de maneira profunda e interseccional, moldando os desfechos oncológicos de forma desigual e, muitas vezes, evitável. A ausência de políticas públicas inclusivas, aliada à insuficiência de infraestrutura em regiões remotas e à perpetuação de preconceitos socioculturais, compromete a eficácia dos esforços globais para o controle do câncer.

No que tange às disparidades de gênero, as barreiras enfrentadas por mulheres cisgênero e pessoas transgênero refletem uma falha sistemática na incorporação das necessidades específicas dessas populações em programas preventivos e terapêuticos. A discriminação institucional, que marginaliza indivíduos transgênero e não binários, somada à negligência em relação às particularidades do ciclo de vida feminino, perpetua lacunas no diagnóstico precoce e na adesão ao tratamento. Tais aspectos são exacerbados pela localização geográfica, que determina o acesso a recursos diagnósticos, terapêuticos e educacionais, evidenciando a sobreposição de desigualdades sociais e regionais.

A solução para tais disparidades demanda uma abordagem multiprofissional, intersetorial e culturalmente sensível, que integre esforços em diferentes níveis. A ampliação do alcance de políticas públicas inclusivas é fundamental para promover equidade, especialmente por meio da descentralização dos serviços oncológicos e da adoção de estratégias tecnológicas, como a telemedicina, para mitigar as limitações geográficas. Ademais, a formação continuada de profissionais de saúde deve priorizar a capacitação em diversidade e inclusão, assegurando um cuidado mais humanizado e eficaz às populações historicamente marginalizadas.

Por fim, é reforçado que as desigualdades na saúde oncológica não são apenas reflexo das condições individuais ou locais, mas resultam de sistemas estruturais que perpetuam iniquidades. Superar tais desafios exige ações integradas que transcendam os limites do setor de saúde, englobando políticas econômicas, educacionais e sociais que promovam a justiça social em todas as suas dimensões. O câncer, enquanto um problema de saúde pública global, não deve ser enfrentado apenas como uma questão biomédica, mas como um reflexo das complexidades políticas e sociais que moldam o acesso à saúde e a dignidade humana.

REFERÊNCIAS

BAUER, G. R.; HAMMOND, R.; TRAVERS, R.; KAISER, A. B.; PHIPPS, E.; HOUSTON, J.; NUTTER, B. "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 20, n. 5, p. 348–361, 2015.

DE HEREDIA, Beatriz Maria Alásia; CINTRÃO, Rosângela Pezza. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. *Revista Nera*, n. 8, p. 1-28, 2012.

FERLAY, J.; COLOMBET, M.; SOERJOMATARAM, I.; MATHERS, C.; PARKIN, D. M.; PIÑEROS, M.; ZNAOR, A.; BRAY, F. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*, v. 144, n. 8, p. 1941–1953, 2020.

FREEMAN, H. P.; WINGROVE, B. K. Excess Cervical Cancer Mortality: A Marker for Low Access to Health Care in Poor Communities. Bethesda, MD: National Cancer Institute, Center to Reduce Cancer Health Disparities, 2017.

HENLEY, S. J.; ANDERSON, R. N.; PALMER, M.; CUSHMAN, M.; PULLUM, T. W.; DEJESUS, M. I. Impact of geographic health disparities on cancer outcomes: Evidence from the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, v. 26, n. 3, p. 393–399, 2017.

SMITH, R. A.; ANDREW, R. S.; LOPRINZI, C. L.; BAILEY, C. R.; MA, J.; TURNER, D. P. Disparities in Breast Cancer Care: A Global Perspective. *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 177, n. 3, p. 517–524, 2019.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, v. 22, n. 3, p. 429–445, 1992.