

# Integralidade do Cuidado à Mulher com Câncer de Mama: Desafios na Implementação da Linha de Cuidado em um Estado do Nordeste do Brasil

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n1.4866>

*Integrity Care for Women with Breast Cancer: Challenges in Implementing the Line of Care in a Brazilian Northeast State*  
Atención Integral a Mujeres con Cáncer de Mama: Desafíos en la Implementación de la Línea de Atención en un Estado del Nordeste del Brasil

Rosalva Raimundo da Silva<sup>1</sup>; Mauricéa Maria de Santana<sup>2</sup>; Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>3</sup>; Jurema Telles de Oliveira Lima<sup>4</sup>; Tereza Maciel Lyra<sup>5</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de mama é um problema de saúde pública significativo em razão da alta incidência e mortalidade entre as mulheres. **Objetivo:** Analisar a integralidade do cuidado à mulher com câncer de mama na Rede de Atenção à Saúde em um Estado do Nordeste brasileiro, a partir das percepções de usuárias com câncer de mama, profissionais de saúde e gestores. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas com usuárias com câncer de mama, profissionais dos serviços de referência oncológica e da atenção primária, e gestores das esferas municipal, estadual e federal. **Resultados:** A Linha de Cuidado do Câncer de Mama não está implementada, destacando fragilidades na coordenação do cuidado e na organização da Rede de Atenção à Saúde, afetando o *continuum* do cuidado nos diferentes níveis assistenciais. A demanda espontânea para o tratamento e os fluxos de acesso criados por usuárias e profissionais de saúde resultaram em significativas iniquidades no acesso aos serviços de saúde, ampliando as desigualdades existentes. A integralidade tem sido comprometida por causa da ausência de protocolos e fluxos assistenciais bem estabelecidos, incipiência na gestão de filas do sistema de regulação e referência e contrarreferência. **Conclusão:** A falta de uma da Linha de Cuidado tem impactado na acessibilidade e na equidade de acesso aos serviços de saúde. Os achados deste estudo fornecem orientações cruciais para o planejamento da Rede de Atenção à Saúde e a necessidade da implementação da Linha de Cuidado do Câncer de Mama para melhorar a integralidade da atenção às mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama; Integralidade em Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Equidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer is a significant public health problem due to its high incidence and mortality among women. **Objective:** To analyze the integral care provided to women with breast cancer in the Health Care Network in a Brazilian Northeast State based on the perceptions of users with breast cancer, health professionals and managers. **Method:** Qualitative research with semi-structured interviews with users with breast cancer, professionals from oncology referral services and primary care, and managers at the municipal, state and federal levels. **Results:** The Breast Cancer Line of Care has not been implemented, exposing the weakness of the coordination of care and organization of the Health Care Network, affecting the continuum of care at different levels. The spontaneous demand for treatment and the access flows created by users and health professionals have resulted in significant inequities in access to health services, deepening the existing inequalities. Comprehensive care has been compromised due to the absence of well-established protocols and care flows, incipient queue management in the regulatory system, and referral and counter-referral. **Conclusion:** The lack of a line of care has impacted the accessibility and equity of access to health services. The findings of this study provide crucial guidance for planning the health care network and the need to implement the Breast Cancer Line of Care to improve comprehensive care for women diagnosed with breast cancer.

**Key words:** Breast Neoplasms; Integrality in Health; Continuity of Patient Care; Equity.

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama es un importante problema de salud pública debido a su alta incidencia y mortalidad entre las mujeres. **Objetivo:** Analizar la integralidad de la atención a mujeres con cáncer de mama en la Red de Atención a la Salud en un estado del nordeste brasileño, a partir de las percepciones de usuarias con cáncer de mama, profesionales de la salud y gestores. **Método:** Investigación con enfoque cualitativo, con entrevistas semiestructuradas a usuarias con cáncer de mama, profesionales de servicios de referencia en oncología y atención primaria, y directivos de los ámbitos municipal, estatal y federal. **Resultados:** La Línea de Atención al Cáncer de Mama no está implementada, destacando debilidades en la coordinación de la atención y en la organización de la Red de Atención en Salud, afectando la continuidad de la atención en los diferentes niveles de atención. La demanda espontánea de tratamiento y los flujos de acceso creados por usuarios y profesionales de la salud dieron como resultado importantes desigualdades en el acceso a los servicios de salud, ampliando las desigualdades existentes. La atención integral se ha visto comprometida por la ausencia de protocolos y flujos de atención bien establecidos, mala gestión de colas en el sistema de regulación y derivación y contrarreferencia. **Conclusión:** La falta de una línea de atención ha impactado la accesibilidad y equidad de acceso a los servicios de salud. Los hallazgos de este estudio brindan una guía crucial para la planificación de la red de atención de salud y la necesidad de implementar la Línea de Atención al Cáncer de Mama para mejorar la integralidad de la atención a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

**Palabras clave:** Neoplasias de la Mama; Integralidad en Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Equidad.

<sup>1,2,5</sup>Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife (PE), Brasil. E-mails: [rosalva\\_jupi@hotmail.com](mailto:rosalva_jupi@hotmail.com); [mauriceasantana@gmail.com](mailto:mauriceasantana@gmail.com); [terezalyra@fiocruz.br](mailto:terezalyra@fiocruz.br). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-2096-9815>; Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-5822-3889>; Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-3600-7250>

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife (PE), Brasil. E-mail: [adriana.bbezerra@ufpe.br](mailto:adriana.bbezerra@ufpe.br). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-5278-3727>

<sup>4</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife (PE), Brasil. E-mail: [jurematsales@gmail.com](mailto:jurematsales@gmail.com). Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-2671-3570>

**Endereço para correspondência:** Rosalva Raimundo da Silva. Residencial The Sun, Lote 04, SHTN Trecho 2 – Asa Norte. CEP 70800-220. Brasília (DF), Brasil. E-mail: [rosalva\\_jupi@hotmail.com](mailto:rosalva_jupi@hotmail.com)



## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um problema de saúde pública global, especialmente desafiador para países em desenvolvimento como o Brasil. Com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de mama foi a neoplasia maligna mais incidente no Brasil e no mundo em 2020, ultrapassando o câncer de pulmão<sup>1,2</sup>. Para o triênio 2023-2025, foram estimados 73.610 casos de câncer de mama, sendo 15.690 na Região Nordeste e 2.880 em Pernambuco<sup>1,2</sup>. Vale salientar que atrasos na detecção precoce e diagnósticos tardios tornam o tratamento mais oneroso e complexo, diminuem a sobrevida e aumentam a mortalidade<sup>3,4</sup>.

O enfrentamento do câncer de mama requer uma abordagem integral, considerando a mulher como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. O cumprimento da integralidade é considerado um desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) e é comprometido quando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) não possui uma adequada estrutura de serviços de saúde que possibilitem às mulheres acessos oportunos<sup>2,3,5,6</sup>.

Para ampliar o acesso, a acessibilidade e a qualidade assistencial na RAS, o Ministério da Saúde implantou as Linhas de Cuidado (LC), que abordam a vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e acompanhamento das usuárias, além de apontar os fluxos, critérios de encaminhamentos e comunicação efetiva com a referência e contrarreferência entre os diversos pontos de atenção à saúde na RAS<sup>7</sup>. A LC tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como gestora dos fluxos assistenciais, responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das RAS<sup>7-10</sup>.

A Linha de Cuidado do Câncer de Mama (LCCM) está entre as LC prioritárias para organizar a oferta de ações e serviços de saúde, estabelecendo competências de acordo com o nível de complexidade do atendimento<sup>7</sup>. A navegação da pessoa com câncer é um modelo centrado na pessoa e em sua trajetória de cuidado nos diferentes pontos da RAS, e tem sido uma das estratégias fundamentais para garantia do *continuum*<sup>11-15</sup>. Profissionais de saúde treinados e integrados à equipe desempenham o papel de navegadores, acompanhando as usuárias em cada etapa da LC.

O arcabouço legal garante às mulheres com câncer de mama acesso universal, integral e equânime<sup>16</sup>, é necessário revelar barreiras de acesso para removê-las. A LC com estratégias de navegação fortalece a integralidade do cuidado, assegurando que o atendimento seja coordenado, eficiente e sensível às necessidades individuais das mulheres<sup>11-15</sup>. Portanto, a LC permite que se avalie a garantia da integralidade e sua efetiva implementação na RAS. A ineficiência na coordenação do cuidado em

qualquer ponto da LC pode impactar o atendimento integral e ampliar as iniquidades de saúde<sup>9,10</sup>.

Parte-se do pressuposto de que a LCCM não está implementada no Estado de Pernambuco, o que compromete a integralidade do cuidado em todas as suas nuances. Neste contexto, este estudo teve como objetivo analisar a integralidade do cuidado à mulher com câncer de mama na RAS em um Estado do Nordeste brasileiro, a partir das percepções de usuárias com câncer de mama, profissionais de saúde e gestores.

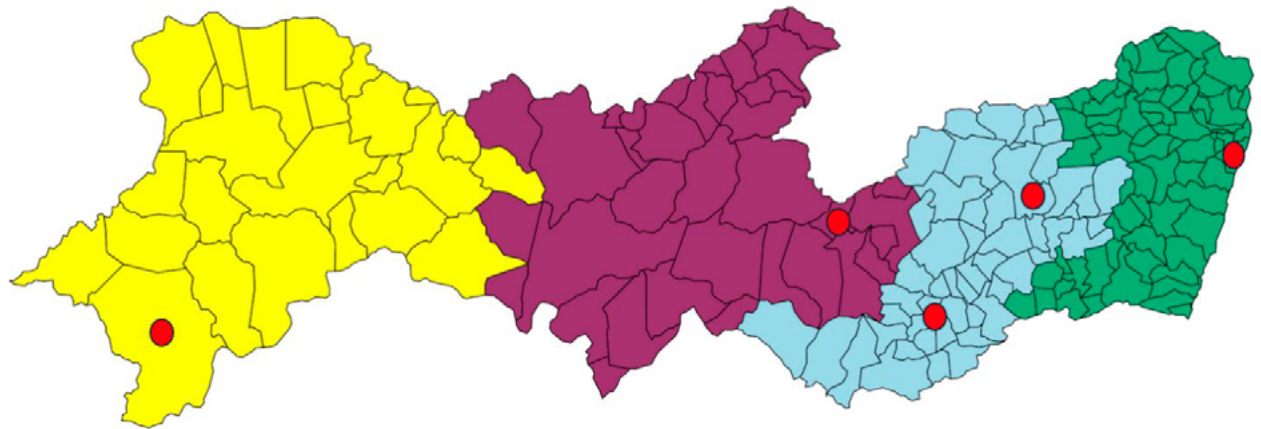
## MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa com um método de coleta sequencial<sup>17</sup>. Baseando-se no princípio da integralidade e na LCCM<sup>7</sup>, o estudo ancorou-se no referencial teórico-metodológico da fenomenologia empírica<sup>18</sup>, a partir das percepções e vivências de usuárias, profissionais de saúde e gestores.

O local do estudo foi o Estado de Pernambuco, que possui dez serviços de referência oncológica que tratam o câncer de mama, distribuídos em quatro Macrorregiões de Saúde (Figura 1).

A coleta sequencial foi iniciada pelas usuárias e permitiu uma construção progressiva do conhecimento, proporcionando uma visão integrada e abrangente do processo de cuidado, considerando as perspectivas das usuárias que vivenciam o cuidado, dos profissionais que o prestam e da gestão, responsável pelo planejamento das ações. As respostas dessa etapa fundamentaram a elaboração dos roteiros subsequentes, direcionados inicialmente aos profissionais de saúde e, posteriormente, aos gestores. Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas no sentido de responder ao objetivo do estudo e contemplar o marco normativo e teórico para a efetivação da integralidade do cuidado às mulheres com câncer de mama. O estudo pautou-se no método sequencial de coleta<sup>17</sup>, com seis etapas (Figura 2).

Foram entrevistadas nove usuárias com câncer de mama, oriundas das quatro Macrorregiões de Saúde, cinco em tratamento na Unidade de Alta Complexidade Oncológica (Unacon) do Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) e quatro no Centro de Assistência de Alta Complexidade Oncológica (Cacon) do Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira (IMIP) (Quadro 1). A Unacon e o Cacon foram selecionados por atenderem pacientes de todos os municípios do Estado de Pernambuco. Também participaram do estudo, três profissionais da Unacon/Cacon envolvidos no tratamento do câncer de mama, cinco profissionais da APS, um da gestão municipal, um da gestão estadual e um da gestão federal, com a finalidade de explorar os componentes



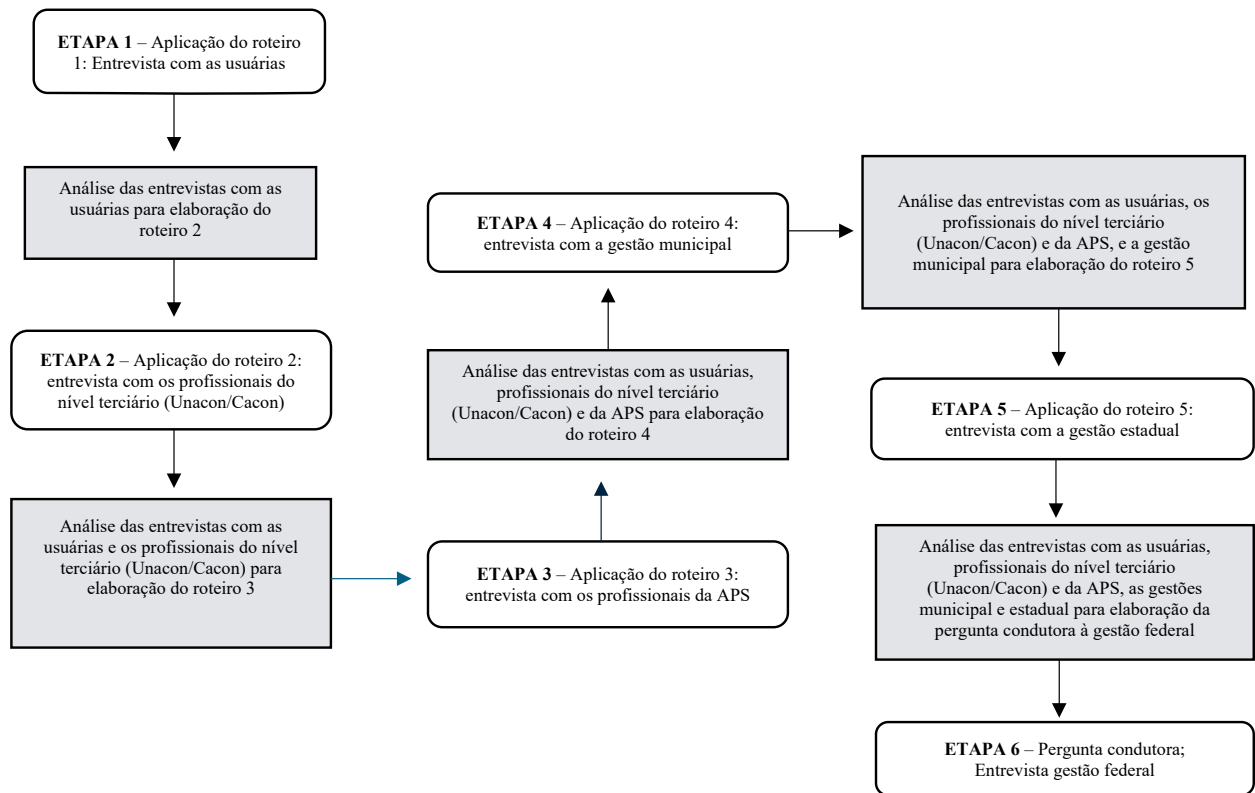
- Macrorregião I – Metropolitana (Regiões de Saúde I, II, III e XII) – Quatro Unacon e um Cacon, todos na Região I (município Recife).
- Macrorregião II – Agreste (Regiões de Saúde IV e V) – Três Unacon, sendo duas na IV Região (município Caruaru) e uma na V Região (município Garanhuns).
- Macrorregião III – Sertão (Regiões de Saúde VI, X e XI) – Uma Unacon na VI Região (Município Arcoverde).
- Macrorregião IV – Vale do São Francisco e Sertão do Araripe (Regiões de Saúde VII, VIII e IX) – Uma Unacon na VIII Região (município Petrolina).
- Municípios com os serviços de referência em Alta Complexidade Oncológica (Unacon/Cacon).

**Figura 1.** Macrorregiões de saúde do Estado de Pernambuco e distribuição das Unacon e Cacon. Pernambuco, Brasil, 2023

**Fonte:** Elaboração própria, baseado na Portaria SAES/MS n.º 688 de 28 de agosto de 2023<sup>19</sup> e no Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco<sup>20</sup>.

**Legendas:** Cacon = Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon = Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

**Nota:** A Unacon Hemope não está incluída no quantitativo da tabela por fazer parte dos critérios de exclusão, já que não faz tratamento para câncer de mama.



**Figura 2.** Método sequencial de coleta de dados. Pernambuco, Brasil, 2023

**Legendas:** Cacon = Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon = Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

essenciais da LCCM em todos os níveis de atenção à saúde (Quadro 1).

A amostra foi intencional, incluindo mulheres em tratamento do câncer de mama na Unacon do HCP e no

Cacon do IMIP. A primeira autora do estudo teve acesso às agendas de atendimento nas referências oncológicas e, a partir dessas, convidou as usuárias para participar da pesquisa, garantindo a representatividade das Macrorregiões

Quadro 1. Usuárias, profissionais e gestores entrevistados por local de tratamento e serviço de atuação. Pernambuco, Brasil, 2023

Etapa 1 - Mulheres com câncer de mama					
Unacon/Cacon do tratamento	N	Macrorregião de saúde que a usuária pertence	Código no texto	Distância da residência da usuária até o tratamento	Transporte
Cacon IMIP	1	I - Metropolitana	Usuária 1: Macro 1	8 km	Próprio
Cacon IMIP	1	II - Agreste	Usuária 1: Macro 2	211 km	TFD
Cacon IMIP	1	III - Sertão	Usuária 1: Macro 3	509 km	TFD
Cacon IMIP	1	IV - Vale do São Francisco e Sertão do Araripe	Usuária 1: Macro 4	535 km	TFD
Unacon HCP	1	I - Metropolitana	Usuária 2: Macro 1	10 km	Uber
Unacon HCP	1	I - Metropolitana	Usuária 3: Macro 1	18 km	Coletivo
Unacon HCP	1	II - Agreste	Usuária 2: Macro 2	135 km	TFD
Unacon HCP	1	III - Sertão	Usuária 2: Macro 3	470 km	TFD
Unacon HCP	1	IV - Vale do São Francisco e Sertão do Araripe	Usuária 2: Macro 4	682 km	TFD
Etapa 2 - Profissionais do serviço de oncologia					
Local de atuação	N	Código no texto			
Cacon IMIP	1	Especialista 1 - Serviço de oncologia			
Unacon HCP	1	Especialista 2 - Serviço de oncologia			
Cacon IMIP e Unacon HCP	1	Especialista 3 - Serviço de oncologia			
Etapa 3 - Profissionais da Atenção Primária à Saúde					
Categoria profissional APS	N	Usuária adscrita em tratamento	Código no texto		
Médico(a)	1	Cacon IMIP	Profissional 1 - Atenção primária		
Enfermeiro(a)	2	Cacon IMIP	Profissional 2 - Atenção primária		
			Profissional 3 - Atenção primária		
Médico(a)	1	Unacon HCP	Profissional 4 - Atenção primária		
Enfermeiro(a)	1	Unacon HCP	Profissional 5 - Atenção primária		
Etapa 4 - Gestores de saúde					
Gestão	N	Código no texto			
Municipal	1	Gestão municipal			
Estadual	1	Gestão estadual			
Federal	1	Gestão federal			

**Legendas:** TFD = Tratamento Fora do Domicílio; Cacon = Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon = Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; IMIP = Instituto de Medicina Professor Fernando Figueira; e HCP = Hospital do Câncer de Pernambuco.

do Estado. No sentido de viabilizar o acesso, os profissionais da APS convidados a participar atuavam nas unidades de vinculação das usuárias residentes do Recife (Macrorregião I). Os gestores das esferas municipal, estadual e federal foram indicados por suas respectivas chefias, conforme expertise no enfrentamento do câncer de mama (Quadro 1).

As entrevistas com as mulheres foram realizadas pela primeira autora do estudo, nos serviços nos quais eram

atendidas, com duração aproximada de até 40 minutos. Para os demais, a coleta foi realizada em local pactuado previamente, com duração de até 40 minutos. As entrevistas foram gravadas pelo *software* “Gravador” disponível na *Apple Store*. Utilizou-se o *software Cockatoo* para a transcrição de voz. Foram realizadas as correções necessárias.

A análise das entrevistas foi conduzida utilizando a técnica de análise de conteúdo<sup>22</sup>, e, a partir da

fenomenologia empírica<sup>18</sup>, identificaram-se unidades de significação que expressam a totalidade da experiência vivida pelos participantes, captando a essência da intencionalidade da consciência nas vivências relacionadas à integralidade do cuidado oncológico em Pernambuco. Este referencial teórico foi escolhido por sua capacidade de revelar as nuances das experiências dos sujeitos, possibilitando uma compreensão mais aprofundada dos desafios e fragmentações na implementação da LCCM e na navegação das mulheres na RAS. Na análise de conteúdo, emergiram as seguintes categorias: “Gestão da Atenção Oncológica: Fragmentação na Implementação da Linha de Cuidado Câncer de Mama em Pernambuco”; e “Desafios na Implementação da Navegação da Mulher com Câncer de Mama na Rede de Atenção à Saúde”.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, sob os números de parecer 6142468 (CAEE: 67124722.2.0000.5190); do HCP, 6219126 (CAEE: 67124722.2.3001.5205); e do IMIP, 6298573 (CAEE: 67124722.2.3002.5201), com base na Resolução n.º 466/2012<sup>23</sup> do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As usuárias entrevistadas tinham entre 46 e 60 anos, sendo três abaixo dos 50 anos. Quatro solteiras e cinco casadas. Apenas uma usuária não teve filhos. Os profissionais da Unacon/Cacon tinham entre quatro e 35 anos de experiência no cuidado de mulheres com câncer de mama. Na APS, os profissionais tinham entre 15 e 29 anos de experiência na atenção primária. Todos os gestores tinham mais de seis meses na função.

No que tange à distância da residência da usuária ao serviço de oncologia, a média de quilômetros percorridos pelas usuárias das Macrorregiões I, II, III e IV foi de 12 km, 173 km, 489,5 km e 608,5 km respectivamente. As mulheres das Macrorregiões II, III e IV utilizam o transporte do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Considerando a diversidade de participantes, é importante ressaltar que houve unanimidade na direção apontada, entre usuárias, profissionais de saúde e gestores.

### Gestão da Atenção Oncológica: Fragmentação na Implementação da Linha de Cuidado Câncer de Mama em Pernambuco

A gestão da política de atenção oncológica deve ser feita por profissionais que planejem e monitorem ações para melhorar a Rede de Atenção Oncológica, utilizando uma visão holística para identificar necessidades e complexidades no controle da doença. As narrativas

mostram a ausência de gestores específicos para oncologia nos níveis municipal e estadual.

Existe a coordenação central de saúde da mulher [...], uma pessoa dentro do território exclusiva para a saúde da mulher. Ela não é exclusiva para câncer de colo e mama. Ela é saúde da mulher (Gestão municipal).

[...] A gente tem a política da mulher, mas para o câncer ainda não chegou o coordenador da política de oncologia (Gestão estadual).

É essencial um gestor específico para a oncologia, alinhado às estratégias da Política de Saúde da Mulher. A sobrecarga das neoplasias no sistema público de saúde é onerosa, e estratégias que possibilitem o diagnóstico precoce, além de aumentar a sobrevida, trazem tratamentos menos dispendiosos para o SUS<sup>1,24</sup>. A falta de coordenação para a atenção oncológica afeta o diagnóstico situacional, o planejamento e a organização das ações na RAS. O gestor pode ser um agente com inúmeras possibilidades de conexão que podem contribuir ou dificultar a organização da rede e o acesso dos usuários<sup>25-28</sup>. É crucial formar gestores capacitados para a prevenção e o controle do câncer, integrando assistência, promoção, prevenção, gestão, ensino e pesquisa, considerando as diversidades regionais e locais<sup>27</sup>.

As fragilidades na construção do planejamento da atenção oncológica foram evidenciadas nos relatos dos profissionais da APS e serviço terciário:

[...] Acho que a falta de diálogo com a ponta, antes de definir algo, já é o primeiro problema. [...] Não é interligado, enquanto cada um está no seu quadrado, no seu espaço, no seu nível (Profissional 1 – Atenção primária).

[...] Ninguém planeja, esse é o maior problema (Especialista 3 – Serviço de oncologia).

[...] o planejamento deve ser considerado ascendente [...], o Ministério da Saúde não executa política na ponta. Então, a gente tem uma série de dificuldades na operacionalização das políticas [...], existe uma necessidade muito forte que os Estados e municípios construam, a partir da realidade local, quais são os seus planos (Gestão federal).

A execução da política acontece no município e deve ser organizada em função do diagnóstico precoce, envolvendo a APS no planejamento, por estar intimamente envolvida com a população, tornando-a, de fato, ordenadora da rede<sup>25,29-31</sup>. Quando o planejamento não envolve os interessados, as estratégias tendem a não



refletir fielmente a realidade do território, e há o risco dos profissionais de saúde não se sentirem pertencentes à missão de implementá-las. Para o avanço no planejamento, é essencial considerar articulações com os *stakeholders* e estreitar as relações com outras políticas, além da saúde da mulher, setores que envolvam os determinantes sociais em saúde.

Os relatos indicam fragilidades no planejamento da atenção oncológica, e que não há garantia da coordenação do cuidado, uma vez que a LCCM não está implementada nos âmbitos municipal e estadual, afetando o *continuum* assistencial nos diferentes pontos da RAS:

Não há essa coordenação do cuidado [...], elas acabam procurando serviços terciários (Especialista 1 – Serviço de oncologia).

[...] Muitas vezes existe realmente essa saída da rede em busca de uma celeridade. E aí, ela termina saindo da rede e a gente termina perdendo essa mulher [...] (Gestão municipal).

A gente vê hoje uma assistência na linha de câncer, no cuidado da mulher, muito fragmentada. Não existe fluxo de acesso, não existe Linha de Cuidado [...], essa paciente, hoje, ela se perde (Gestão estadual).

Sem fluxos adequados, as usuárias buscam, não raro sozinhas, caminhos para acessar os serviços de saúde. A garantia da integralidade do cuidado tem relação com a estrutura da LC<sup>29,32</sup>. A ausência da coordenação do cuidado é reflexo da desorganização na rede<sup>33</sup>, e dos diversos fluxos não institucionais.

[...] Lá só vai se for encaminhado [...], então um amigo [...] me colocou lá dentro da UPAE [...] (Usuária 2: Macro 2).

Os meus, eu já faço esse fluxo, porque se eu esperar o fluxo, digamos assim, normal, eu vou perder mais pacientes (Profissional 1 – Atenção primária).

[...] A gente sente essa dificuldade com os profissionais [...], conhecimento mesmo da rede, de saber os fluxos, porque a gente termina às vezes perdendo tempo (Gestão municipal).

Sem a LCCM, os diversos caminhos que as usuárias percorrem para acessar os serviços de saúde aumentam as iniquidades e a desigualdade de acesso. É preciso superar as fragilidades na organização dos fluxos de acesso<sup>28,34,35</sup>. A falta de conhecimento dos profissionais sobre a rede e os serviços disponíveis pode agravar a situação das usuárias que precisam ser encaminhadas para o próximo ponto da rede e não há protocolo e fluxo adequado, com comunicação eficaz entre os níveis e garantia de

acesso. A ausência de planos municipais de oncologia e a incoerência significativa do atual plano estadual de oncologia com a realidade da RAS têm comprometido a implementação da LCCM, fluxos, acessos oportunos e acessibilidade aos cuidados oncológicos.

[...] Construir um protocolo específico para o Recife, porque a gente não tem. [...] (Gestão municipal).

Não existe um protocolo assistencial. [...] O atual plano de oncologia é um plano que não se conversa, que não existe fluxo de acesso, [...] o usuário está solto (Gestão estadual).

A elaboração de um plano municipal e estadual para a oncologia é crucial para coordenar e integrar serviços de saúde, reduzir desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento, otimizar recursos, promover diagnóstico precoce e melhorar a qualidade do cuidado. A criação e divulgação do plano de oncologia é uma responsabilidade dos gestores de saúde<sup>19</sup>. Faz-se necessário mensurar as consequências da falta de um plano de oncologia adequado e os impactos na vida da mulher e para o SUS, uma vez que o diagnóstico precoce aumenta a sobrevida da usuária e onera menos o sistema de saúde<sup>3,4,24</sup>. Principalmente quando se trata de usuárias das Macrorregiões II, III e IV que deixam de ser encaminhadas para a Unacon de suas respectivas Macrorregiões, o TDF traz barreiras adicionais em razão das longas distâncias.

A comunicação entre os níveis assistenciais foi apontada como frágil por causa da incipiência no sistema de referência e contrarreferência.

É péssima, péssima! [...] O paciente vem muito perdido [...]. Na maioria, só os exames vão contar a história da paciente, mas muitas vezes têm alguns detalhes que precisam ser ditos (Especialista 3 – Serviço de oncologia).

[...] Não vem nada escrito, porque eu acho que deveria vir para a gente. Então, essa referência e contrarreferência, não tem não (Profissional 4 – Atenção primária).

As fragilidades na referência e contrarreferência comprometem a comunicação efetiva, atrasos no diagnóstico, a conduta terapêutica e o tempo de início do tratamento em função da perda de informações clínicas. A organização da rede precisa contar com um sistema eficaz de referência e contrarreferência que funcione e seja reconhecido entre os profissionais<sup>29,36</sup>.

A garantia da integralidade tem sido um desafio que, somada à falta de navegação de cuidado e da LCCM faz com que a usuária caminhe sem auxílio pela RAS.

A navegação da pessoa consiste na busca ativa e no acompanhamento individual ao longo da trajetória do cuidado<sup>37</sup>. Os relatos das usuárias e dos profissionais de saúde apontam para a ausência da garantia de continuidade do cuidado entre os diversos níveis da RAS, como sintetizam as narrativas a seguir:

Eu não tive esse acompanhamento com ACS (Usuária 3: Macro 1).

[...] Geralmente fica sendo acompanhado onde ele fez o tratamento e a gente perde um pouco esse elo (Profissional 5 – Atenção primária).

Precisa de uma ação integral e integrada dos cuidados, mostrar todos os caminhos que o paciente deve percorrer na atenção primária, como é que é, na atenção secundária, na atenção terciária, mostrando que não são câmaras estanques, e têm que se comunicar [...], quando a paciente vem para a triagem ela já perdeu tempo falta de coordenação (Especialista 1 – Serviço de oncologia).

Há fragmentação na coordenação do cuidado e na ordenação da rede pela APS dentro da RAS. A falta de comunicação entre a APS e a Atenção Especializada pode gerar uma série de problemas, comprometendo o encaminhamento adequado e oportuno, além de afetar a qualidade e a continuidade do cuidado, especialmente no acompanhamento de pacientes em tratamento que necessitam de atenção além do tratamento oncológico. Esse cenário impacta diretamente um dos atributos centrais da APS, que é ser abrangente e integral<sup>25,29,35,38,39</sup>. Logo, faz-se necessário (re)pensar como as estratégias definidas estão de fato sendo implementadas pela APS, sobre as condições que estão sendo dadas para que a atenção primária execute essa função com efetividade, minimizando as iniquidades no controle do câncer de mama.

As fragilidades na continuidade do cuidado por parte da APS não isentam os demais níveis assistenciais e gestores de saúde da responsabilização da garantia do *continuum*.

Nos relatos das usuárias e profissionais do Cacon do IMIP, foi identificada a Linha Rosa. No primeiro atendimento, a mulher é inserida dentro de um processo de navegação do cuidado, com uma enfermeira navegadora, responsável por todos os fluxos e acesso aos serviços internos, enquanto durar o tratamento:

A triagem do IMIP viu meus exames e já me encaminhou para a Linha Rosa (Usuária 1: Macro 4). Foi criado em 2013, por nós, o que a gente chama de Linha Rosa. [...] Tem de haver uma coordenação da Linha de Cuidado quando a paciente entra no hospital,

[...] quando elas chegam, a triagem é relativamente rápida. Acho que a paciente não espera 15 dias por uma triagem. Ela pode esperar um pouquinho mais, se ela tiver um grau de suspeição menor, que são os 4 C. Mas, se ela tem a BIRADS-5, a gente marca no máximo com 15 dias. Quando ela é atendida pelo profissional, eles já pedem todos os exames necessários para que nós fechemos o diagnóstico e a linha rosa é toda a coordenação desses exames através da enfermeira e de burocratas, cada uma tem a sua função. Enquanto a paciente estiver com câncer em tratamento, ela tem esse apoio dessa linha, dessas profissionais, que vão marcar os exames, o retorno, a consulta na oncologia clínica, o retorno dessa paciente que está em oncologia clínica durante o tratamento oncológico, que vão marcar na radioterapia, que vão marcar a volta. Então, essa paciente fica tendo a coordenação do cuidado, fica tendo essa ajuda na assistência, porque a gente sabe que se isso não ocorrer, elas ficam perdidas dentro da própria instituição (Especialista 1 – Serviço de oncologia).

Embora se limite à fase de tratamento, a Linha Rosa do Cacon possui atributos de navegação<sup>14,15,40</sup>. A navegação facilita o acesso oportuno a exames e tratamentos necessários, minimizando barreiras e problemas de comunicação. Estudos mostram que ela reduz significativamente o tempo de diagnóstico, acelera o acesso ao tratamento e melhora os resultados clínicos, devendo ser adaptada às necessidades dos usuários e dos sistemas de saúde<sup>12,13,41,42</sup>.

O acesso oportuno aos serviços de saúde também tem sido comprometido pela baixa capacidade do sistema de regulação assistencial e sua comunicação com a RAS.

Joga você e você fica como cego em tiroteio. Até quando? Se a regulação veio para melhorar, então, faz por onde chegar às pessoas (Usuária 3: Macro 1). [...] a maioria dos hospitais não dão acesso tão fácil, alguns são regulados pela Secretaria de Saúde e o paciente não consegue por demanda espontânea, nem com encaminhamento. [...] eu também atendo na prefeitura, então, assim, é extremamente difícil essa comunicação, até quando a gente encaminha, a gente tenta encaminhar via regulação, via Secretaria de Saúde da prefeitura, e o paciente não consegue (Especialista 2 – Serviço de Oncologia).

A dificuldade é a fila de espera, é quantitativo mesmo (Gestão municipal).

Por a gente não regular, acontece ainda um sofrimento maior. Todo mundo desce para Recife (Gestão estadual).

Os depoimentos sugerem que o sistema de regulação assistencial está falhando em seu propósito de melhorar o acesso aos serviços de saúde, deixando as usuárias sem suporte adequado e prolongando o tempo de espera. A falta de regulação eficiente resulta em uma centralização dos serviços da Macrorregião I, obrigando mulheres de outras Regiões a deslocamentos longos e onerosos, o que agrava as disparidades regionais no acesso ao tratamento. É necessário qualificar e fazer gestão de filas no sistema, criar critérios que promovam equidade e transparência para as usuárias. Estabelecer a relação oferta-demanda, com protocolos de encaminhamento, cotas e filas de espera<sup>19</sup>.

É fundamental discutir a regulação da atenção especializada, incluindo o tratamento, para que as usuárias do interior sejam atendidas nos serviços de oncologia de suas respectivas Macrorregiões de saúde. A descentralização do sistema de regulação pode ser uma estratégia de aproximar-se do usuário, mas necessita de sinergia com processos centralizados e maior distribuição de serviços nas Regiões com vazios assistenciais<sup>43</sup>.

A gestão estadual destacou a dificuldade em regular o tratamento oncológico em razão da falta de governabilidade no gerenciamento das filas de acesso às Unacon e aos Cacon.

[...] a gente tem um credenciamento enquanto Secretaria, mas a gente não tinha gestão de vagas. Era autogestão. [...] A gente começou, a partir desse mês, a regular o paciente para o IMIP. E para o HCP, a gente já tinha dez cotas. [E as Unacon do interior] também, a gente não regula [...], eu não mando paciente para o HRA [...] em Arcoverde [...], a gente não consegue mandar. Se eu tiver uma paciente com um suposto diagnóstico em Pesqueira, [...] eu não tenho uma agenda desse ambulatório, [...] casa de Perpétuo Socorro, que é em Garanhuns, eu, Estado também, eu não tenho uma agenda aberta para lá. Então, é aquela paciente que ela foi sozinha, chegou lá, Deus sabe como, ou com a ajuda de alguém, mas que não foi o Estado que interviu (Gestão-Estadual).

As dificuldades apontadas pela gestão estadual contradizem as responsabilidades definidas pela portaria de habilitação em Unacon e Cacon<sup>19</sup>, que exigem uma gestão eficiente e equitativa da Rede de Atenção Oncológica. Para melhorar o acesso ao tratamento, é fundamental que o Estado implemente mecanismos eficazes de regulação e monitoramento, garantindo um acesso mais justo e organizado aos serviços oncológicos, com fluxos entre os pontos da RAS, filas de espera geridas de forma eficiente e

transparente. Além disso, é essencial que o Estado fortaleça as estratégias de monitoramento e avaliação dos serviços prestados pelas Unacon e pelos Cacon, registre quais as origens e fluxos dos usuários atendidos, conforme critérios de qualidade e quantidade estabelecidos<sup>19</sup>.

Para aumentar o acesso e acessibilidade ao tratamento oncológico, houve a tentativa de implantar da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale Médio São Francisco, com o Estado da Bahia, Rede Pernambuco-Bahia (PEBA), para superação dos vazios assistenciais na Macrorregião IV, mas os depoimentos apontam que não houve implementação da estratégia:

O serviço de Juazeiro é completamente ocioso, [...] não existe uma gestão do hospital interessada em abrir mais horários. [...] A rede PEBA, que eles falam, não está bem estruturada, [...] um serviço de radioterapia para ser montado, ele precisa de um espaço, ele precisa de um custo alto, tem expertise de mão de obra e tudo. Mas quando você tem um lugar que tem tudo isso e não funciona porque o hospital não tem interesse [...], vocês têm a solução do lado [...], quando você vê um aparelho subutilizado, não funcionando por conta de política e má gestão, isso me deixa preocupada (Especialista 3 – Serviço de oncologia).

[...] Se o Estado e o município não conseguem esse diagnóstico, a gente, enquanto gestão federal, a gente não consegue, a gente não gerencia a fila. [...] Fila da radioterapia [...], entendo que, se enquanto o município e o Estado não chegarem com um desenho, a gente não tem como falar 'não, vai ter sim um serviço a mais aí, que eu estou mandando', não é essa a postura do Ministério (Gestão federal).

As falhas apontadas na rede PEBA retratam a incipiência no monitoramento e na avaliação dos serviços de oncologia e mensuração dos impactos na vida das usuárias que saem das Macrorregiões II, III e IV para a realização da quimioterapia e de cirurgia na Macrorregião I. Em Pernambuco, apenas dois municípios ofertam tratamento com radioterapia pelo SUS, mulheres da Macrorregião IV percorrem em média 700 km para fazer o tratamento na Macrorregião I<sup>5</sup>.

Os resultados apontam que a inexistência da LCCM e a falta de navegação, além de impactar na continuidade do cuidado das mulheres em tratamento de câncer de mama, dificultam a efetiva atuação da APS como coordenadora do cuidado, e aumentam as iniquidades e desafios na implementação de estratégias do cuidado à mulher com câncer de mama pela APS e na rede PEBA.



## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam fragilidades significativas nas gestões oncológicas tanto municipais quanto estadual, bem como na APS enquanto coordenadora e ordenadora da RAS. A principal fragmentação identificada é a ausência da LCCM, impactando o *continuum* assistencial e aumentando os desafios de acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde. As usuárias têm gerenciado seus próprios fluxos, e os profissionais de saúde criam fluxos paralelos que podem gerar iniquidades no acesso e na acessibilidade.

O planejamento da atenção oncológica deve envolver diversos atores e políticas para enfrentamento do câncer de mama. É fundamental trazer a APS para o centro do planejamento, por ser a principal porta de entrada da usuária da rede, e para superar as fragmentações que foram identificadas no cuidado e ordenação da RAS.

Apesar de uma extensa busca por artigos sobre LC, constatou-se uma lacuna de estudos focados em LC já implementadas, o que limitou o aprofundamento teórico na discussão e destacou a necessidade de mais pesquisas nessa perspectiva.

É imprescindível estruturar a rede para que os serviços possam dar conta da demanda no momento em que as usuárias necessitem. Para garantir o *continuum*, faz-se necessário implementar a LC com estratégias de navegação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. As melhorias na gestão da LCCM incluem investimentos para estruturar a LC com protocolos e fluxos claros, capacitação de profissionais em todos os níveis de atenção, e implementação da navegação do paciente para garantir o acesso contínuo e coordenado aos serviços, fortalecendo a regulação e a referência/contrarreferência.

A relevância deste estudo está em sua capacidade de destacar as perspectivas e vivências das mulheres, profissionais de saúde e gestores, proporcionando uma compreensão mais profunda dos contextos assistenciais enfrentados por mulheres com câncer de mama. Acredita-se que este estudo pode oferecer contribuições significativas para a gestão ao identificar fragilidades e pontos críticos nas ações voltadas para o câncer de mama, fornecendo subsídios para a tomada de decisões nas áreas de políticas, planejamento e gestão da saúde. Essas informações são fundamentais para a melhoria das políticas de saúde, prática assistencial e coordenação de um cuidado integral.

## CONTRIBUIÇÕES

Rosalva Raimundo da Silva contribuiu na concepção e no planejamento do estudo, na análise e interpretação

dos dados; na redação e revisão crítica. Mauricéa Maria de Santana contribuiu na análise dos resultados; na redação e revisão crítica. Adriana Falangola Benjamin Bezerra e Jurema Telles de Oliveira Lima contribuíram na revisão crítica. Tereza Maciel Lyra contribuiu no planejamento do estudo, na redação e revisão crítica. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Rosalva Raimundo da Silva recebeu bolsa de Doutorado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) para a realização deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
2. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. Rev Bras Cancerol. 2023;69(1):e-213700. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>
3. Silva RR, Lyra TM, Luna CF, et al. Câncer de mama e covid-19: redução no diagnóstico e tratamento em uma unidade hospitalar de Pernambuco. Rev bras saúde mater infant. 2023;23:e20220326.
4. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2020;4(371):m4087
5. Silva RR. Avaliação da rede de atenção oncológica de alta complexidade no tratamento de mulheres com câncer de mama no estado de Pernambuco [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães; 2017.
6. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate. 2017;41(115):1177-86.
7. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: MS; [sem data]. Confira todas as Linhas de Cuidados. 2022. [acesso 2024 nov 21]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas>
8. Ministério da Saúde (BR). Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.



10. Bousquat A, Giovannella L, Fausto MCR, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad saúde pública*. 2019;35(2):2:e00099118.
11. Baik SH, Gallo LC, Wells KJ. Patient navigation in breast cancer treatment and survivorship: a systematic review. *J clin oncol*. 2016;34(30):3686-96.
12. Eclair AM, Battaglia TA, Casanova NL, et al. Assessment of patient navigation programs for breast cancer patients across the city of Boston. *Support care cancer*. 2021;30(3):2435-43.
13. Rodrigues RL, Schneider F, Kalinke LP, et al. Clinical outcomes of patient navigation performed by nurses in the oncology setting: an integrative review. *Rev bras Enferm*. 2021;74(2):e20190804.
14. Simon MA, Trosman JR, Rapkin B, et al. Systematic patient navigation strategies to scale breast cancer disparity reduction by improved cancer prevention and care delivery processes. *JCO oncology practice*. 2020;16(12):1462-70.
15. Yeoh Z, Jaganathan M, Rajaram N, et al. Feasibility of patient navigation to improve breast cancer care in malaysia. *J glob Oncol*. 2018;4:1-13.
16. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1990 20 set; Edição 182; Seção 1:18055.
17. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5 ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
18. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach. Pittsburgh: Duquesne University Press; 2009.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAES nº 688, de 28 de agosto de 2023. Dispõe sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2023 ago 29; Edição 166; Seção 1:90.
20. Secretaria de Saúde (PE). Plano Diretor de Regionalização [Internet]. Recife: SS-PE; 2011. [acesso 2023 nov 21]. Disponível em: <https://www.novaconcursos.com.br/blog/pdf/plano-diretor-regionalizacao-saude-pernambuco.pdf>
21. Cockatoo [Internet]. [Sem local]: Cockatoo Inc.; © 2024. [acesso 2024 ago 25]. Disponível em: <https://www.cockatoo.com/>
22. Bardin L. Análise de Conteúdo. 70. Ed. São Paulo: Edições; 2016.
23. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
24. Lana AP, Perelman J, Andrade ELG, et al. Cost analysis of cancer in Brazil: a population-based study of patients treated by public health system from 2001-2015. *Value Health Reg Issues*. 2020;23:137-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.05.008>
25. Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, et al. Brazilian breast cancer care network: the perspective of health managers. *Rev bras enferm*. 2019;72(1):274-81.
26. Claro IB, Lima LD, Almeida PF. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(10):4497-509. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11352021>
27. Thuler LC, Bergmann A, Silva MJS. Pós-graduação em saúde coletiva e controle de câncer: um novo olhar sobre questões seculares. Rio de Janeiro: LEIASS; 2024.
28. Bretas G, Renna NL, Bines J. Practical considerations for expediting breast cancer treatment in Brazil. *Lancet Reg Health Am*. 2021;2:100028-9.
29. Dias MBK, Assis M, Santis ROM, et al. Adequação da oferta de procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: um estudo transversal, Brasil e regiões, 2019. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(5):e00139723
30. Melo FBB, Figueiredo END, Panobianco MS, et al. Detecção precoce do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde. *Acta paul enferm*. 2021;34:eAPE02442.
31. Krann RRC, Claudia F. Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. *Saúde debate*. 2023;47(137):101-15.
32. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
33. Sousa SMMT, Carvalho MGFM, Santos Junior LA, et al. Access to treatment of women with breast cancer. *Saude debate*. 2019;43(122):727-41.
34. Duarte DAP, Nogueira MC, Magalhães MDC, et al. Iniquidade social e câncer de mama feminino: análise da mortalidade. *Cad saúde colet*. 2020;28(4):465-76.
35. Oliveira SB, Soares DA. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. *Saúde debate*. 2020;44(124):169-81.
36. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. *Physis*. 2021;31(1):e310105.
37. Ministério da Saúde (BR). Lei 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2023 dez 20; Edição 241; Seção 1:42.

38. Sala DCP, Okuno MFP, Taminato M, et al. Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil: a systematic review. *Rev bras enferm.* 2021;74(3):e20200995.
39. Castro CPD, Sala DCP, Rosa TEDC, et al. Atenção ao câncer de mama a partir da suspeita na atenção primária à saúde nos municípios de São Paulo e Campinas, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(2):459-70.
40. Chan RJ, Milch VE, Crawford-Williams F, et al. Patient navigation across the cancer care continuum: an overview of systematic reviews and emerging literature. *CA cancer j clin.* 2023;73(6):565-89.
41. Perez-Bustos AH, Orozco-Urdaneta M, Erazo R, et al. A patient navigation initiative to improve access to breast cancer care in Cali, Colombia. *Cancer rep.* 2021;5(9):1-8.
42. Dixit N, Rugo H, Burke NJ. Navigating a path to equity in cancer care: the role of patient navigation. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2021;41:3-10.
43. Gomes GG, Melo EA. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? *Physis.* 2023;33:1-24.

Recebido em 13/8/2024

Aprovado em 2/10/2024

