

Atención Integral a Mujeres con Cáncer de Mama: Desafíos en la Implementación de la Línea de Atención en un Estado del Nordeste del Brasil

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

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

Integrity Care for Women with Breast Cancer: Challenges in Implementing the Line of Care in a Brazilian Northeast State

Rosalva Raimundo da Silva¹; Mauricéa Maria de Santana²; Adriana Falangola Benjamin Bezerra³; Jurema Telles de Oliveira Lima⁴; Tereza Maciel Lyra⁵

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 noreste 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.

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 Cáncer 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, incipiente 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 de implementação da Linha de Cuidado do Cáncer 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 inequities. 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; Integrity in Health; Continuity of Patient Care; Equity.

^{1,2,5}Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife (PE), Brasil. E-mails: rosalva_jupi@hotmail.com; mauriceasantana@gmail.com; tereza.lyra@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>

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

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

Dirección para correspondencia: 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



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud pública global, especialmente desafiante para países en desarrollo como el Brasil. Con excepción del cáncer de piel no melanoma, el cáncer de mama fue la neoplasia maligna más incidente en el Brasil y en el mundo en 2020, sobre pasando al cáncer de pulmón^{1,2}. Para el trienio 2023-2025, fueron estimados 73 610 casos de cáncer de mama, siendo 15 690 para la región Nordeste y 2880 en Pernambuco^{1,2}. Vale destacar que los atrasos en la detección temprana y los diagnósticos tardíos hacen al tratamiento más oneroso y complejo, disminuyen la sobrevida y aumentan la mortalidad^{3,4}.

El enfrentamiento del cáncer de mama requiere de un enfoque integral, considerando a la mujer como un todo, atendiendo a todas sus necesidades. El cumplimiento de la atención integral es considerado un desafío del Sistema Único de Salud (SUS) y se ve comprometido cuando la Red de Atención a la Salud (RAS) no tiene una estructura adecuada de servicios de salud que les posibiliten a las mujeres accesos oportunos^{2,3,5,6}.

Para ampliar el acceso, la accesibilidad y la calidad asistencial en la RAS, el Ministerio de Salud implantó las Líneas de Cuidado (LC), que abordan la vigilancia en salud, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y acompañamiento de las usuarias, además de señalar los flujos, criterios de encaminamientos y comunicación efectiva con la referencia y contrarreferencia entre los diversos puntos de atención a la salud en la RAS⁷. La LC tienen a la Atención Primaria a la Salud (APS) como la gestora de los flujos asistenciales, responsable por la coordinación del cuidado y ordenamiento de las RAS⁷⁻¹⁰.

La Línea de Cuidado del Cáncer de Mama (LCCM) está entre las LC prioritarias para organizar la oferta de acciones y servicios de salud, estableciendo competencias de acuerdo con el nivel de complejidad de la atención⁷. La navegación de la persona con cáncer es un modelo centrado en la persona y en su trayectoria de cuidado en los diferentes puntos de la RAS, y ha sido una de las estrategias fundamentales para la garantía del *continuum*¹¹⁻¹⁵. Profesionales de salud entrenados e integrados al equipo desempeñan el papel de navegadores, acompañando a las usuarias en cada etapa de la LC.

El fundamento legal garantiza a las mujeres con cáncer de mama acceso universal, integral y equánime¹⁶, y es necesario revelar las barreras de acceso para removérlas. La LC con estrategias de navegación fortalece la atención integral del cuidado, asegurando que la atención sea coordinada, eficiente y sensible a las necesidades individuales de las mujeres¹¹⁻¹⁵. Por lo tanto, la LC permite que se evalúe la garantía de la atención integral

y su efectiva implementación en la RAS. La ineficiencia en la coordinación del cuidado en cualquier punto de la LC puede impactar en la atención integral y ampliar las desigualdades de salud^{9,10}.

Se parte del presupuesto de que la LCCM no está implementada en el estado de Pernambuco, lo que compromete la atención integral del cuidado en todos sus matices. En este contexto, este estudio tuvo como objetivo analizar la atención integral del cuidado a la mujer con cáncer de mama en la RAS en un estado del Nordeste brasileño, a partir de las percepciones de usuarias con cáncer de mama, profesionales de salud y gestores.

MÉTODO

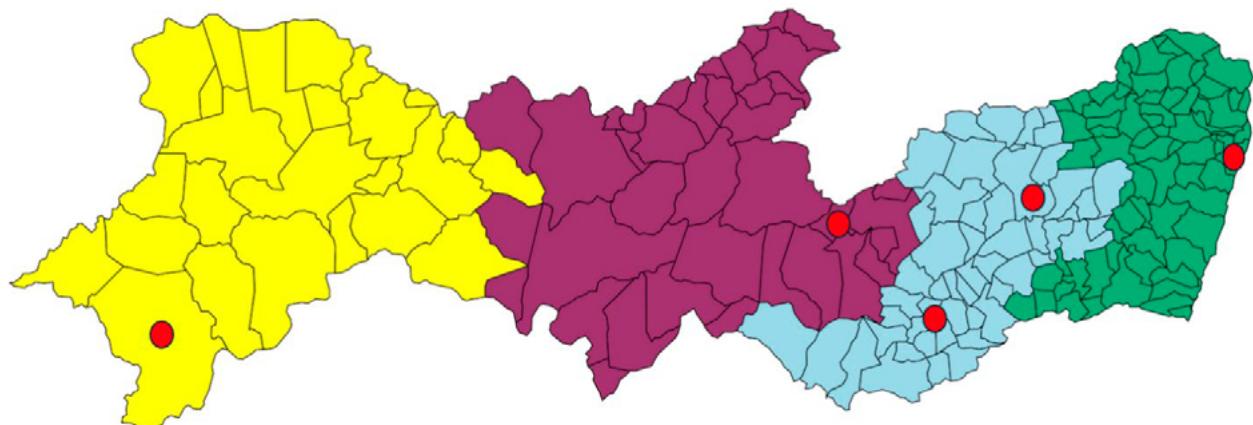
Fue realizada una investigación de enfoque cualitativo con un método de recolección de datos secuencial¹⁷. Basándose en el principio de la atención integral y en la LCCM⁷, el estudio tomó como referente teórico-metodológico a la fenomenología empírica¹⁸, a partir de las percepciones y vivencias de usuarias, profesionales de salud y gestores.

El lugar del estudio fue el estado de Pernambuco, que tiene diez servicios de referencia oncológica que tratan el cáncer de mama, distribuidos en cuatro Macrorregiones de Salud (Figura 1).

La recolección de datos secuencial fue iniciada por las usuarias y permitió una construcción progresiva del conocimiento, proporcionando una visión integrada y amplia del proceso de cuidado, considerando las perspectivas de las usuarias que experimentan el cuidado, de los profesionales que lo prestan y de la gestión, responsable por el planeamiento de las acciones. Las respuestas de esta etapa fundamentaron la elaboración de los guiones subsecuentes, dirigidos inicialmente hacia los profesionales de salud y, posteriormente, hacia los gestores. Fueron realizadas 20 entrevistas semiestructuradas con el sentido de responder al objetivo del estudio y contemplar el marco normativo y teórico para hacer efectiva la atención integral del cuidado a las mujeres con cáncer de mama. El estudio se pautó en el método secuencial de recolección¹⁷, con seis etapas (Figura 2).

Fueron entrevistadas nueve usuarias con cáncer de mama, procedentes de las cuatro macrorregiones de Salud, cinco en tratamiento en la Unidad de Alta Complejidad Oncológica (Unacon) del Hospital del Cáncer de Pernambuco (HCP) y cuatro en el Centro de Asistencia de Alta Complejidad Oncológica (Cacon) del Instituto de Medicina Profesor Fernando Figueira (IMIP) (Cuadro 1). La Unacon y el Cacon fueron seleccionados por atender a pacientes de todos los municipios del estado de Pernambuco. También participaron del estudio tres





- Macrorregión I – Metropolitana (Regiones de Salud I, II, III y XII) – Cuatro Unacon y un Cacon, todos en la Región I (municipio Recife).
- Macrorregión II – Agreste (Regiones de Salud IV y V) – Tres Unacon, siendo dos en la IV Región (municipio Caruaru) y una en la V Región (municipio Garanhuns).
- Macrorregión III – Sertão (Regiones de Salud VI, X y XI) – Una Unacon en la VI Región (Municipio Arcoverde).
- Macrorregión IV – Valle del São Francisco y Sertão do Araripe (Regiones de Salud VII, VIII y IX) – Una Unacon en la VIII Región (municipio Petrolina).
- Municipios con los servicios de referencia en Alta Complejidad Oncológica (Unacon/Cacon).

Figura 1. Macrorregiones de salud del estado de Pernambuco y distribución de las Unacon y Cacon. Pernambuco, Brasil, 2023

Fuente: Elaboración propia, basado en la Resolución SAES/MS n.º 688 de 28 de agosto de 2023¹⁹ y en el Plan Rector de Regionalización de Pernambuco²⁰.

Leyendas: Cacon = Centro de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología; Unacon = Unidad de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología

Nota: La Unacon Hemope no está incluida en el cantidad de la tabla por formar parte de los criterios de exclusión, ya que no realiza tratamiento para el cáncer de mama.

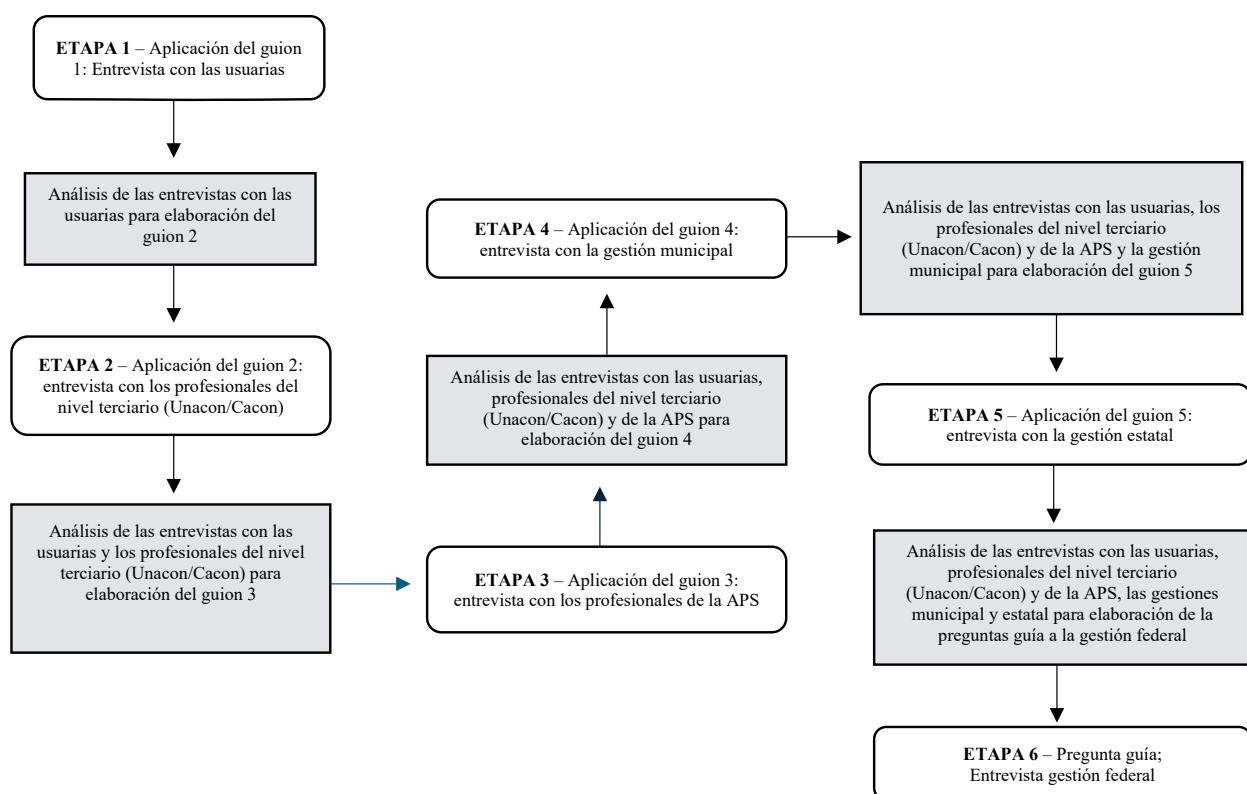


Figura 2. Método secuencial de recolección de datos. Pernambuco, Brasil, 2023

Leyendas: Cacon = Centro de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología; Unacon = Unidad de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología.

profesionales de la Unacon/Cacon involucrados en el tratamiento del cáncer de mama, cinco profesionales de la APS, uno de la gestión municipal, uno de la gestión estatal y uno de la gestión federal, con la finalidad de explorar los

componentes esenciales de la LCCM en todos los niveles de atención a la salud (Cuadro 1).

La muestra fue intencional, incluyendo mujeres en tratamiento del cáncer de mama en la Unacon del



Cuadro 1. Usuarias, profesionales y gestores entrevistados por lugar de tratamiento y servicio de actuación. Pernambuco, Brasil, 2023

Etapa 1 - Mujeres con cáncer de mama					
Unacon/Cacon del tratamiento	N	Macrorregión de salud a la que la usuaria pertenece	Código en el texto	Distancia de la residencia de la usuaria hasta el tratamiento	Transporte
Cacon IMIP	1	I - Metropolitana	Usuaria 1: Macro 1	8 km	Propio
Cacon IMIP	1	II - Agreste	Usuaria 1: Macro 2	211 km	TFD
Cacon IMIP	1	III - Sertão	Usuaria 1: Macro 3	509 km	TFD
Cacon IMIP	1	IV - Valle del São Francisco y Sertão del Araripe	Usuaria 1: Macro 4	535 km	TFD
Unacon HCP	1	I - Metropolitana	Usuaria 2: Macro 1	10 km	Uber
Unacon HCP	1	I - Metropolitana	Usuaria 3: Macro 1	18 km	Colectivo
Unacon HCP	1	II - Agreste	Usuaria 2: Macro 2	135 km	TFD
Unacon HCP	1	III - Sertão	Usuaria 2: Macro 3	470 km	TFD
Unacon HCP	1	IV - Valle del São Francisco y Sertão del Araripe	Usuaria 2: Macro 4	682 km	TFD
Etapa 2 - Profesionales del servicio de oncología					
Local de actuación	N	Código en el texto			
Cacon IMIP	1	Especialista 1 - Servicio de oncología			
Unacon HCP	1	Especialista 2 - Servicio de oncología			
Cacon IMIP y Unacon HCP	1	Especialista 3 - Servicio de oncología			
Etapa 3 - Profesionales de la Atención Primaria a la Salud					
Categoría profesional APS	N	Usuaria adscrita en tratamiento	Código en el texto		
Médico(a)	1	Cacon IMIP			Profesional 1 - Atención primaria
Enfermero(a)	2	Cacon IMIP			Profesional 2 - Atención primaria
Médico(a)	1	Unacon HCP			Profesional 3 - Atención primaria
Enfermero(a)	1	Unacon HCP			Profesional 4 - Atención primaria
Etapa 4 - Gestores de salud					
Gestión	N	Código en el texto			
Municipal	1	Gestión municipal			
Estatal	1	Gestión estatal			
Federal	1	Gestión federal			

Leyendas: TFD = Tratamiento Fuera del Domicilio; Cacon = Centro de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología; Unacon = Unidad de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología; IMIP = Instituto de Medicina Profesor Fernando Figueira; y HCP = Hospital del Cáncer de Pernambuco.

HCP y en el Cacon del IMIP. La primera autora del estudio tuvo acceso a las agendas de atención en las referencias oncológicas y, a partir de estas, invitó a las usuarias para participar de la investigación, garantizando la representatividad de las macrorregiones del estado. Con la intención de viabilizar el acceso, los profesionales

de la APS invitados para participar laboraban en las unidades de vinculación de las usuarias residentes de Recife (macrorregión I). Los gestores de las esferas municipal, estatal y federal fueron indicados por sus respectivas jefaturas, según su conocimiento en el enfrentamiento del cáncer de mama (Cuadro 1).



Las entrevistas con las mujeres fueron realizadas por la primera autora del estudio, en los servicios en los cuales eran atendidas, con duración aproximada de hasta 40 minutos. Para los demás, la recolección fue realizada en un lugar previamente pactado, con duración de hasta 40 minutos. Las entrevistas fueron grabadas por el software “Grabador” disponible en la *Apple Store*. Se utilizó el software *Cockatoo* para la transcripción de voz. Fueron realizadas las correcciones necesarias.

El análisis de las entrevistas fue realizado utilizando la técnica de análisis de contenido²², y, a partir de la fenomenología empírica¹⁸, se identificaron unidades de significación que expresan la totalidad de la experiencia vivida por los participantes, captando la esencia de la intencionalidad de la conciencia en las vivencias relacionadas a la atención integral del cuidado oncológico en Pernambuco. Este referencial teórico fue elegido por su capacidad de revelar los matices de las experiencias de los sujetos, posibilitando una comprensión más profunda de los desafíos y fragmentaciones en la implementación de la LCCM y en la navegación de las mujeres en la RAS. En el análisis de contenido, surgieron las siguientes categorías: “Gestión de la Atención Oncológica: Fragmentación en la Implementación de la Línea de Cuidado Cáncer de Mama en Pernambuco”; y “Desafíos en la Implementación de la Navegación de la Mujer con Cáncer de Mama en la Red de Atención a la Salud”.

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética y Pesquisa del Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, con los números de parecer 6142468 (CAEE: 67124722.2.0000.5190); del HCP, 6219126 (CAEE: 67124722.2.3001.5205); y del IMIP, 6298573 (CAEE: 67124722.2.3002.5201), con base en la Resolución n.º 466/2012²³ del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las usuarias entrevistadas tenían entre 46 y 60 años, siendo tres menores de 50 años. Cuatro eran solteras y cinco casadas. Solo una usuaria no tenía hijos. Los profesionales de la Unacon/Cacon tenían entre cuatro y 35 años de experiencia en el cuidado de mujeres con cáncer de mama. En la APS, los profesionales tenían entre 15 y 29 años de experiencia en la atención primaria. Todos los gestores tenían más de seis meses en la función.

En lo que atañe a la distancia de la residencia de la usuaria hacia el servicio de oncología, el promedio de kilómetros recorridos por las usuarias de las macrorregiones I, II, III y IV fue de 12 km, 173 km, 489,5 km y 608,5 km respectivamente. Las mujeres de las macrorregiones II, III y IV utilizan el transporte del Tratamiento Fuera del Domicilio (TFD).

Considerando la diversidad de participantes, es importante resaltar que hubo unanimidad en la dirección señalada, entre usuarias, profesionales de salud y gestores.

Gestión de la Atención Oncológica: Fragmentación en la Implementación de la Línea de Cuidado Cáncer de Mama en Pernambuco

La gestión de la política de atención oncológica debe ser hecha por profesionales que planeen y monitorean acciones para mejorar la Red de Atención Oncológica, utilizando una visión holística para identificar las necesidades y complejidades en el control de la enfermedad. Las declaraciones muestran la ausencia de gestores específicos en oncología a niveles municipal y estatal.

Existe la coordinación central de salud de la mujer [...], una persona dentro del territorio exclusiva para la salud de la mujer. Ella no es exclusiva para cáncer de cuello uterino y mama. Ella es salud de la mujer (Gestión municipal).

[...] Tenemos la política de la mujer, pero para el cáncer todavía no llegó el coordinador de la política de oncología (Gestión estatal).

Es esencial un gestor específico para la oncología, alineado con las estrategias de la Política de Salud de la Mujer. La sobrecarga de las neoplasias en el sistema público de salud es onerosa, y las estrategias que posibiliten el diagnóstico temprano, además de aumentar la sobrevida, traen tratamientos menos dispendiosos para el SUS^{1,24}. La falta de coordinación para la atención oncológica afecta al diagnóstico situacional, el planeamiento y la organización de las acciones en la RAS. El gestor puede ser un agente con incontables posibilidades de conexión que pueden contribuir o dificultar la organización de la red y el acceso de los usuarios²⁵⁻²⁸. Es crucial formar gestores capacitados para la prevención y el control del cáncer, integrando asistencia, promoción, prevención, gestión, educación e investigación, considerando las diversidades regionales y locales²⁷.

Las fragilidades en la construcción del planeamiento de la atención oncológica fueron evidenciadas en los relatos de los profesionales de la APS y del servicio terciario:

[...] Creo que la falta de diálogo con la punta, antes de definir algo, ya es el primer problema. [...] No está interconectado, mientras que cada uno está en su cuadrado, en su espacio, en su nivel (Profesional 1 – Atención primaria).

[...] Nadie planea, ese es el mayor problema (Especialista 3 – Servicio de oncología).



[...] el planeamiento debe ser considerado ascendente [...], el Ministerio de Salud no ejecuta política en la punta. Entonces, tenemos una serie de dificultades en la operacionalización de las políticas [...], existe una necesidad muy fuerte que los estados y municipios construyan, a partir de la realidad local, cuáles son sus planes (Gestión federal).

La ejecución de la política sucede en el municipio y debe ser organizada en función del diagnóstico temprano, involucrando a la APS en el planeamiento, por estar íntimamente involucrada con la población, volviéndola, de hecho, ordenadora de la red^{25,29-31}. Cuando el planeamiento no involucra a los interesados, las estrategias tienden a no reflejar fielmente la realidad del territorio, y existe el riesgo de que los profesionales de salud no se sientan pertenecientes a la misión de implementarlas. Para el avance en el planeamiento, es esencial considerar articulaciones con los *stakeholders* y estrechar las relaciones con otras políticas, además de la salud de la mujer, sectores que involucran a los determinantes sociales en salud.

Los relatos indican fragilidades en el planeamiento de la atención oncológica, y que no hay garantía de la coordinación del cuidado, puesto que la LCCM no está implementada en los ámbitos municipal y estatal, afectando el *continuum* asistencial en los diferentes puntos de la RAS:

No existe esa coordinación del cuidado [...], ellas terminan buscando servicios terciarios (Especialista 1 – Servicio de oncología).

[...] Muchas veces existe realmente esa salida de la red en busca de una celeridad. Y ahí, ella termina saliendo de la red y terminamos perdiendo a esa mujer [...] (Gestión municipal).

Hoy vemos una asistencia en la línea de cáncer, en el cuidado de la mujer, muy fragmentada. No existe flujo de acceso, no existe Línea de Cuidado [...], esa paciente, hoy, ella se pierde (Gestión estatal).

Sin flujos adecuados, las usuarias buscan, a veces solas, caminos para acceder a los servicios de salud. La garantía de la atención integral del cuidado tiene relación con la estructura de la LC^{29,32}. La ausencia de la coordinación del cuidado es reflejo de la desorganización en la red³³, y de los diversos flujos no institucionales.

[...] Allá solo vas si te encaminan [...], entonces un amigo [...] me puso allá dentro de la UPAE [...] (Usuaria 2: Macro 2).

Con los míos, ya hago yo ese flujo, porque si espero al flujo, digamos así, normal, voy a perder más pacientes (Profesional 1 – Atención primaria).

[...] Sentimos esa dificultad con los profesionales [...], conocimiento real de la red, de saber los flujos, porque terminamos a veces perdiendo tiempo (Gestión municipal).

Sin la LCCM, los diversos caminos que las usuarias recorren para acceder a los servicios de salud aumentan las injusticias y la desigualdad de acceso. Es necesario superar las fragilidades en la organización de los flujos de acceso^{28,34,35}. La falta de conocimiento de los profesionales sobre la red y los servicios disponibles puede agravar la situación de las usuarias que necesitan ser encaminadas hacia el próximo punto de la red y no existe protocolo y flujo adecuado, con comunicación eficaz entre los niveles y garantía de acceso. La ausencia de planes municipales de oncología y la incoherencia significativa del actual plan estatal de oncología con la realidad de la RAS han comprometido la implementación de la LCCM, flujos, accesos oportunos y accesibilidad a los cuidados oncológicos.

[...] Construir un protocolo específico para Recife, porque no tenemos. [...] (Gestión municipal).

No existe un protocolo asistencial. [...] El actual plan de oncología es un plan que no se conversa, que no existe flujo de acceso, [...] el usuario está a su suerte (Gestión estatal).

La elaboración de un plan municipal y estatal para la oncología es crucial para coordinar e integrar servicios de salud, reducir desigualdades en el acceso al diagnóstico y tratamiento, optimizar recursos, promover diagnóstico temprano y mejorar la calidad del cuidado. La creación y divulgación del plan de oncología es una responsabilidad de los gestores de salud¹⁹. Se hace necesario medir las consecuencias de la falta de un plan de oncología adecuado y los impactos en la vida de la mujer y para el SUS, puesto que el diagnóstico temprano aumenta la sobrevida de la usuaria y carga menos al sistema de salud^{3,4,24}. Principalmente cuando se trata de usuarias de las macrorregiones II, III y IV que dejan de ser enviadas hacia la Unacon de sus respectivas macrorregiones, el TDF incorpora barreras adicionales debido a las largas distancias.

La comunicación entre los niveles asistenciales fue señalada como frágil por lo incipiente del sistema de referencia y contrarreferencia.

¡Es pésima, pésima! [...] El paciente viene muy perdido [...]. La mayoría de veces, solo los exámenes van a contar la historia de la paciente, pero muchas veces tienen algunos detalles que

necesitan ser mencionados (Especialista 3 – Servicio de oncología).

[...] No viene nada escrito, porque creo que debería venir para nosotros. Entonces, esa referencia y contrarreferencia, no hay, no (Profesional 4 – Atención primaria).

Las fragilidades en la referencia y contrarreferencia comprometen la comunicación efectiva, atrasos en el diagnóstico, la acción terapéutica y el tiempo de inicio del tratamiento en función de la pérdida de informaciones clínicas. La organización de la red necesita contar con un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia que funcione y sea reconocido entre los profesionales^{29,36}.

La garantía de la atención integral ha sido un desafío que, sumada a la falta de navegación de cuidado y de la LCCM hace con que la usuaria ande sin ayuda por la RAS. La navegación de la persona consiste en la búsqueda activa y en el acompañamiento individual a lo largo de la trayectoria del cuidado³⁷. Los relatos de las usuarias y de los profesionales de salud apuntan hacia la ausencia de garantía de continuidad del cuidado entre los diversos niveles de la RAS, como sintetizan las siguientes declaraciones:

Yo no tuve ese acompañamiento con ACS (Usuaria 3: Macro 1).

[...] Generalmente termina siendo acompañado donde él hizo el tratamiento y perdemos un poco ese eslabón (Profesional 5 – Atención primaria).

Hace falta una acción integral e integrada de los cuidados, mostrar todos los caminos que el paciente debe recorrer en la atención primaria, cómo es, en la atención secundaria, en la atención terciaria, mostrando que no son cámaras inmóviles, y tienen que comunicarse [...], cuando la paciente viene al triaje ella ya perdió tiempo... falta de coordinación (Especialista 1 – Servicio de oncología).

Hay fragmentación en la coordinación del cuidado y en la ordenación de la red por la APS dentro de la RAS. La falta de comunicación entre la APS y la Atención Especializada puede generar una serie de problemas, comprometiendo el encaminamiento adecuado y oportuno, además de afectar la calidad y la continuidad del cuidado, especialmente en el acompañamiento de pacientes en tratamiento que necesitan de atención además del tratamiento oncológico. Este escenario impacta directamente en uno de los atributos centrales de la APS, que es ser amplio e integral^{25,29,35,38,39}. Entonces, se hace necesario (re)pensar cómo las estrategias definidas están de hecho siendo implementadas por la APS, sobre las

condiciones que están siendo dadas para que la atención primaria ejecute esa función con efectividad, minimizando las injusticias en el control del cáncer de mama.

Las fragilidades en la continuidad del cuidado por parte de la APS no exceptúan a los demás niveles asistenciales y gestores de salud de la responsabilización de la garantía del *continuum*.

En los relatos de las usuarias y profesionales del Cacon del IMIP, fue identificada la Línea Rosa. En la primera atención, la mujer es metida dentro de un proceso de navegación del cuidado, con una enfermera navegadora, responsable por todos los flujos y acceso a los servicios internos, mientras dure el tratamiento:

En el triaje del IMIP vieron mis exámenes y ya me enviaron hacia la Línea Rosa (Usuaria 1: Macro 4). Fue creado en 2013, por nosotros, lo que llamamos de Línea Rosa. [...] Tiene que haber una coordinación de la Línea de Cuidado cuando la paciente entra en el hospital, [...] cuando ellas llegan, el triaje es relativamente rápido. Creo que la paciente no espera 15 días por un triaje. Ella puede esperar un poquito más, si ella tuviere un grado de sospecha menor, que son los 4 C. Pero, si ella tiene la BIRADS-5, la agendamos en hasta 15 días máximo. Cuando ella es atendida por el profesional, ya le piden todos los exámenes necesarios para que cerremos el diagnóstico y la línea rosa es toda la coordinación de esos exámenes a través de la enfermera y de burócratas, cada una tiene su función. Mientras que la paciente estuviere con cáncer en tratamiento, ella tiene ese apoyo de la línea, de esas profesionales, que agendarán los exámenes, el retorno, la consulta en oncología clínica, el regreso de esa paciente que está en oncología clínica durante el tratamiento oncológico, que agendarán en radioterapia, que agendarán el regreso. Entonces, esta paciente termina teniendo la coordinación del cuidado, teniendo esa ayuda en la asistencia, porque sabemos que si eso no sucede, ellas se quedan perdidas dentro de la propia institución (Especialista 1 – Servicio de oncología).

Aunque se limite a la fase de tratamiento, la Línea Rosa del Cacon posee atributos de navegación^{14,15,40}. La navegación facilita el acceso oportuno a exámenes y tratamientos necesarios, minimizando barreras y problemas de comunicación. Estudios muestran que ella reduce significativamente el tiempo de diagnóstico, acelera el acceso al tratamiento y mejora los resultados clínicos, debiendo ser adaptada a las necesidades de los usuarios y de los sistemas de salud^{12,13,41,42}.



El acceso oportuno a los servicios de salud también ha sido comprometido por la baja capacidad del sistema de regulación asistencial y su comunicación con la RAS.

Te arroja y te quedas como ciego en tiroteo. ¿Hasta cuándo? Si la regulación vino para mejorar, entonces que vaya por donde pueda llegar hasta las personas (Usuaria 3: Macro 1).

[...] la mayoría de los hospitales no dan acceso tan fácil, algunos son regulados por la Secretaría de Salud y el paciente no lo consigue por demanda espontánea, ni con encaminamiento. [...] yo también atiendo en el sistema municipal, entonces, así, es sumamente difícil esa comunicación, hasta cuando encaminamos, intentamos encaminar mediante regulación, a través de la Secretaría de Salud del municipio, y el paciente no lo logra (Especialista 2 – Servicio de Oncología).

La dificultad es la cola de espera, es realmente algo cuantitativo (Gestión municipal).

Porque no regulamos, sucede un sufrimiento mayor todavía. Todo el mundo baja hacia Recife (Gestión estatal).

Los testimonios sugieren que el sistema de regulación asistencial está fallando en su propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud, dejando a las usuarias sin soporte adecuado y prolongando el tiempo de espera. La falta de regulación eficiente da como resultado una centralización de los servicios de la macrorregión I, obligando a las mujeres de otras regiones a desplazamientos largos y costosos, lo que agrava las disparidades regionales en el acceso al tratamiento. Es necesario calificar y hacer gestión de colas en el sistema, crear criterios que promuevan equidad y transparencia para las usuarias. Establecer la relación ofertademandada, con protocolos de encaminamiento, número de atenciones y colas de espera¹⁹.

Es fundamental discutir la regulación de la atención especializada, incluyendo el tratamiento, para que las usuarias del interior sean atendidas en los servicios de oncología de sus respectivas macrorregiones de salud. La descentralización del sistema de regulación puede ser una estrategia para aproximarse al usuario, pero necesita de sinergia con procesos centralizados y mayor distribución de servicios en las regiones con vacíos asistenciales⁴³.

La gestión estatal destacó la dificultad en regular el tratamiento oncológico en debido a la falta de gobernabilidad en el gerenciamiento de las colas de acceso a las Unacon y a los Cacon.

[...] estamos acreditados como Secretaría, pero no teníamos gestión de disponibilidad de citas.

Era autogestión. [...] Comenzamos, a partir de este mes, a regular al paciente hacia el IMIP. Y para el HCP, ya teníamos diez espacios disponibles. [Y las Unacon del interior] también, no regulamos [...], yo no mando paciente hacia el HRA [...] en Arcoverde [...], no logramos mandar. Si yo tuviera una paciente con un supuesto diagnóstico en Pesqueira, [...] no tengo una cita para agendar en ese servicio ambulatorio, [...] casa de Perpetuo Socorro, que está en Garanhuns, yo, estado también, no tengo una agenda de citas abierta para esa casa. Entonces, es aquella paciente que fue sola, llegó allá, Dios sabe cómo, o con la ayuda de alguien, pero no fue el estado que intervino (Gestión-Estatal).

Las dificultades señaladas por la gestión estatal contradicen las responsabilidades definidas por la resolución de habilitación en Unacon y Cacon¹⁹, que exigen una gestión eficiente y equitativa de la Red de Atención Oncológica. Para mejorar el acceso al tratamiento, es fundamental que el estado implemente mecanismos eficaces de regulación y monitoreo, garantizando un acceso más justo y organizado a los servicios oncológicos, con flujos entre los puntos de la RAS, colas de espera manejadas de forma eficiente y transparente. Además, es esencial que el estado fortalezca las estrategias de monitoreo y evaluación de los servicios prestados por las Unacon y por los Cacon, y que registre cuáles son los orígenes y flujos de los usuarios atendidos, conforme con los criterios de calidad y cantidad establecidos¹⁹.

Para aumentar el acceso y accesibilidad al tratamiento oncológico, hubo el intento de implantar de la Red Interestatal de Atención a la Salud del Valle Medio São Francisco, con el estado de Bahía, Red Pernambuco-Bahía (PEBA), para la superación de los vacíos asistenciales en la macrorregión IV, pero los testimonios señalan que no hubo implementación de la estrategia:

El servicio de Juazeiro está completamente ocioso, [...] no existe una gestión del hospital interesada en abrir más horarios. [...] La red PEBA, que ellos mencionan, no está bien estructurada, [...] un servicio de radioterapia para ser montado, necesita un espacio, necesita un alto costo, necesita mano de obra experimentada y todo lo demás. Pero cuando tienes un lugar que tiene todo eso y no funciona porque el hospital no tiene interés [...], ustedes tienen la solución al lado [...], cuando ves un aparato subutilizado, sin funcionar debido a la política y mala gestión, eso me deja preocupada (Especialista 3 – Servicio de oncología).

[...] Si el estado y el municipio no consiguen ese diagnóstico, nosotros, como gestión federal, no lo

conseguimos, nosotros no gerenciamos la cola. [...] Cola de radioterapia [...], entiendo que, mientras que el municipio y el estado no llegaren con un diseño, no tenemos cómo decir 'no, va a haber, sí, un servicio más ahí, que estoy mandando', no es esa la postura del Ministerio (Gestión federal).

Las fallas señaladas en la red PEBA retratan el monitoreo y la evaluación incipientes de los servicios de oncología y medición de los impactos en la vida de las usuarias que salen de las macrorregiones II, III y IV para la realización de la quimioterapia y de cirugía en la macrorregión I. En Pernambuco, solo dos municipios ofrecen tratamiento con radioterapia a través del SUS, mujeres de la macrorregión IV recorren en promedio 700 km para hacer el tratamiento en la macrorregión I⁵.

Los resultados señalan que la inexistencia de la LCCM y la falta de navegación, además de impactar en la continuidad del cuidado de las mujeres en tratamiento de cáncer de mama, dificultan la efectiva actuación de la APS como coordinadora del cuidado, y aumentan las desigualdades y desafíos en la implementación de estrategias del cuidado a la mujer con cáncer de mama por la APS y en la red PEBA.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan fragilidades significativas en las gestiones oncológicas tanto municipales como estatal, así como en la APS como coordinadora y ordenadora de la RAS. La principal fragmentación identificada es la ausencia de la LCCM, impactando el *continuum* asistencial y aumentando los desafíos de acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud. Las usuarias han gerenciado sus propios flujos, y los profesionales de salud crean flujos paralelos que pueden generar desigualdades en el acceso y en la accesibilidad.

El planeamiento de la atención oncológica debe involucrar a diversos actores y políticas para el enfrentamiento del cáncer de mama. Es fundamental llevar a la APS hacia el centro del planeamiento, por ser la principal puerta de entrada de la usuaria de la red, y para superar las fragmentaciones que fueron identificadas en el cuidado y ordenación de la RAS.

A pesar de una extensa búsqueda por artículos sobre LC, se constató un vacío de estudios enfocados en LC ya implementadas, lo que limitó la profundización teórica en la discusión y destacó la necesidad de más investigaciones en esa perspectiva.

Es imprescindible estructurar la red para que los servicios puedan satisfacer la demanda en el momento en que las usuarias la necesitaren. Para garantizar el

continuum, se hace necesario implementar la LC con estrategias de navegación del cuidado en todos los niveles de atención a la salud. Las mejoras en la gestión de la LCCM incluyen inversiones para estructurar la LC con protocolos y flujos claros, capacitación de profesionales en todos los niveles de atención, e implementación de la navegación del paciente para garantizar el acceso continuo y coordinado a los servicios, fortaleciendo la regulación y la referencia/contrarreferencia.

La relevancia de este estudio está en su capacidad de destacar las perspectivas y vivencias de las mujeres, profesionales de salud y gestores, proporcionando una comprensión más profunda de los contextos asistenciales enfrentados por mujeres con cáncer de mama. Se cree que este estudio puede ofrecer aportes significativos para la gestión al identificar fragilidades y puntos críticos en las acciones orientadas hacia el cáncer de mama, proporcionando sustentos para la toma de decisiones en las áreas de políticas, planeamiento y gestión de la salud. Estas informaciones son fundamentales para la mejoría de las políticas de salud, práctica asistencial y coordinación de un cuidado integral.

APORTES

Rosalva Raimundo da Silva contribuyó en la concepción y en el planeamiento del estudio, en el análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica. Mauricéa Maria de Santana contribuyó en el análisis de los resultados; en la redacción y revisión crítica. Adriana Falangola Benjamin Bezerra y Jurema Telles de Oliveira Lima contribuyeron en la revisión crítica. Tereza Maciel Lyra contribuyó en el planeamiento del estudio, en la redacción y revisión crítica. Todas las autoras aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Rosalva Raimundo da Silva recibió beca de doctorado de la Fundación de Amparo a la Ciencia y Tecnología del Estado de Pernambuco (Facepe) para la realización de este estudio.

REFERENCIAS

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, Giovanella 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 malaysian. *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 saude 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.

Recebido em 13/8/2024

Aprovado em 2/10/2024

