

Integralidade do Cuidado à Mulher com Câncer de Mama: Acesso e Organização na Rede de Atenção à Saúde em um Estado do Nordeste

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5497>

Integrity of Care for Women with Breast Cancer: Access and Organization in the Health Care Network in a Northeast State
Integralidad del Cuidado a la Mujer con Cáncer de Mama: Acceso y Organización en la Red de Atención a la Salud en un Estado del Nordeste

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

RESUMO

Introdução: No Brasil, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres e a principal causa de morte por neoplasias, diagnósticos tardios e atrasos no tratamento impactam a sobrevida feminina e a sustentabilidade do sistema de saúde. **Objetivo:** Analisar a integralidade do cuidado à mulher com câncer de mama, considerando o acesso e a organização da Rede de Atenção à Saúde em um Estado do Nordeste. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório, com delineamento fenomenológico empírico. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com usuárias, profissionais dos serviços de oncologia, atenção primária e gestão municipal, estadual e federal. **Resultados:** Evidenciaram-se dificuldades da atenção primária na leitura sistemática do território para intervenções oportunas no controle do câncer de mama. Usuárias enfrentam longas esperas entre a suspeita, o diagnóstico e o início do tratamento. Problemas na qualidade e no acesso a especialistas e exames, incluindo disponibilização de serviço de patologia (coleta e anatomopatológico) no Sistema Único de Saúde (SUS), levam muitas mulheres a recorrerem ao setor privado para agilizar o diagnóstico e o tratamento, gerando custos pessoais e atrasos para quem depende exclusivamente do sistema público. Ademais, a fragmentação das etapas terapêuticas em diferentes serviços habilitados e localidades prejudica a continuidade do cuidado, dificulta o percurso das usuárias e sobrecarrega os serviços da capital. **Conclusão:** A insuficiente integração e a coordenação entre os níveis assistenciais evidenciam a necessidade de rastreamento organizado e linha de cuidado implementada, com fluxos definidos, profissionais capacitados e infraestrutura distribuída de forma equitativa, com foco na garantia do cuidado integral, oportuno e de qualidade. **Palavras-chave:** Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher; Acesso aos Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, breast cancer is the most common cancer among women and the leading cause of death from neoplasms. Late diagnoses and delays in treatment impact female survival and the sustainability of the health system. **Objective:** To analyze the comprehensiveness of care for women with breast cancer, considering access and organization of the Health Care Network in a Brazilian Northeast state. **Method:** A qualitative, exploratory study with empirical phenomenological design. Semi-structured interviews were conducted with users, oncology services professionals, primary care, and municipal, state, and federal management. **Results:** Difficulties were found in primary care in the systematic mapping of the territory for timely breast cancer control interventions. Users face long delays between suspicion, diagnosis, and the start of treatment. Problems with the quality of and access to specialists and examinations, including the availability of pathology services (collection and histopathology) within the National Health System (SUS), force many women to search for private assistance to expedite diagnosis and treatment, generating personal costs and delays for those who depend exclusively on the public system. Furthermore, the fragmentation of therapeutic steps across different accredited services and locations hinders continuity of care, complicates the user's journey, and overburdens services in the capital. **Conclusion:** The poor integration and coordination among levels of care highlight the need for organized screening and implemented lines of care, with defined flows, trained professionals, and equitably infrastructure focused on ensuring comprehensive, timely, and quality care.

Key words: Breast Neoplasms; Women's Health; Health Services Accessibility; Integrality in Health.

RESUMEN

Introducción: En el Brasil, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y la principal causa de muerte por neoplasias. Los diagnósticos tardíos y los retrasos en el tratamiento impactan en la supervivencia femenina y en la sostenibilidad del sistema de salud. **Objetivo:** Analizar la integralidad de la atención a las mujeres con cáncer de mama, considerando el acceso y la organización de la Red de Atención a la Salud en un estado del nordeste del Brasil. **Método:** Estudio exploratorio cualitativo con un diseño fenomenológico empírico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con usuarias, profesionales de servicios de oncología, atención primaria y gestión municipal, estatal y federal. **Resultados:** Se evidenciaron dificultades en la atención primaria en la lectura sistemática del territorio para intervenciones oportunas en el control del cáncer de mama. Las usuarias enfrentan largas esperas entre la sospecha, el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Los problemas con la calidad y el acceso a especialistas y exámenes, incluyendo la disponibilidad de servicios de patología (toma de muestra y anatomopatológico) dentro del Sistema Único de Salud (SUS), llevan a muchas mujeres a recurrir al sector privado para agilizar el diagnóstico y el tratamiento, generando costos personales y demoras para quienes dependen exclusivamente del sistema público. Además, la fragmentación de los pasos terapéuticos entre diferentes servicios acreditados y localidades perjudica la continuidad del cuidado, dificulta el recorrido de las usuarias y sobrecarga los servicios en la ciudad capital. **Conclusión:** La insuficiente integración y coordinación entre los niveles de atención resalta la necesidad de una detección organizada y una ruta de atención implementada, con flujos definidos, profesionales capacitados e infraestructura distribuida equitativamente, enfocada en garantizar una atención integral, oportuna y de calidad.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Salud de la Mujer; Acceso a los Servicios de Salud; Integralidad en Salud.

^{1,2,5}Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife (PE), Brasil. E-mails: rosvalva_jupi@hotmail.com; mauriceasantana@gmail.com; tereza.lyra@fiocruz.br. Orcid iD: <http://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. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5278-3727>. E-mail: adriana.bbezerra@ufpe.br

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

Endereço para correspondência: Rosalva Raimundo da Silva. Residencial The Sun, Lote 04, SHTN Trecho 2 – Asa Norte. Brasília (DF), Brasil. CEP 70800-220. E-mail: rosvalva_jupi@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum e a principal causa de mortalidade por câncer entre mulheres¹. No Brasil, estima-se que haverá 78.610 novos casos de câncer de mama por ano no triênio 2026-2028, sendo 17.130 e 3.190 casos esperados para a Região Nordeste e o Estado de Pernambuco, respectivamente¹.

O aumento da demanda por serviços de saúde para detecção precoce e o tratamento do câncer de mama em tempo hábil têm sido desafiantes para o Sistema Único de Saúde (SUS), agravando-se com a pandemia da covid-19, que trouxe impactos negativos na prestação de serviços oncológicos². Os atrasos no diagnóstico do câncer de mama não só ameaçam a saúde das mulheres, mas também afetam a sustentabilidade do SUS em virtude de tratamentos mais agressivos e dispendiosos^{3,4}.

A integralidade do SUS abrange várias dimensões essenciais: a visão do ser humano como um ser biopsicossocial, nas abordagens individuais e coletivas; a compreensão da determinação social da saúde e a diversidade das necessidades de saúde, que exigem respostas intersetoriais; a garantia de acesso em diferentes níveis de atenção; organização dos serviços em rede; e a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação^{5,6}.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) desempenha um papel fundamental na garantia da integralidade, com a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, facilitando o diagnóstico precoce e coordenando fluxos^{7,8}. O nível secundário apoia a APS na coordenação do cuidado e garante encaminhamentos e acesso rápido com avaliações especializadas e tratamento adequado para mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A alta complexidade oferece uma abordagem integrada ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama⁹.

É crucial compreender os pontos críticos do acesso à RAS, uma vez que a regionalização adequada fortalece o cuidado integral, reduz disparidades geográficas, assistenciais e otimiza a gestão de equipamentos¹⁰. O acesso aos serviços de saúde não se limita à sua utilização, mas ao uso adequado e oportuno, conforme a necessidade do usuário¹¹.

À luz desse debate, este artigo analisa a integralidade do cuidado à mulher com câncer de mama, considerando o acesso e a organização da RAS em um Estado do Nordeste.

MÉTODO

Este estudo adotou a abordagem qualitativa de natureza exploratória, com coleta de dados sequencial. A escolha por essa abordagem permitiu a compreensão profunda do

fenômeno¹². Ancorada no princípio da integralidade e nas diretrizes da Linha de Cuidado do Câncer de Mama¹³, a pesquisa utilizou o referencial teórico-metodológico da fenomenologia empírica¹⁴ para analisar as percepções e vivências de usuárias, de profissionais de saúde e gestores.

A pesquisa contou com amostra intencional, usuárias com câncer de mama, profissionais de saúde e gestores. Foram entrevistadas nove usuárias em tratamento do câncer de mama, oriundas das quatro Macrorregiões de Saúde do Estado (I-Metropolitana, II-Agreste, III-Sertão; e IV-Vale do São Francisco e Araripe), atendidas no Centro de Alta Complexidade Oncológica Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Cacon IMIP) e na Unidade de Alta Complexidade Oncológica Hospital do Câncer de Pernambuco (Unacon HCP), localizados no município de Recife. O IMIP e o HCP foram escolhidos por atenderem às mulheres com câncer de mama de todo o Estado. Também fizeram parte do estudo três profissionais da Unacon e do Cacon, cinco profissionais da APS atuantes nas unidades vinculadas às usuárias, e gestores de saúde das Secretarias Municipal, Estadual e do Ministério da Saúde, com expertise em planejamento oncológico (Quadro 1).

O trabalho de campo ocorreu entre setembro e novembro de 2023, orientado pelo método sequencial em seis etapas interligadas (Quadro 2).

A escolha das usuárias foi oportunista, durante o aguardo de atendimento, considerando a origem e a Macrorregião de Saúde. A análise documental em prontuários complementou as informações coletadas. Os profissionais da APS foram escolhidos por vinculação à usuária. Foram convidados especialistas e gestores com expertise no planejamento do cuidado oncológico.

As entrevistas foram individuais, conduzidas pela pesquisadora principal em ambiente sem interrupções, com aproximadamente 40 minutos de duração, gravadas via *software* de gravação. As transcrições foram revisadas para manter a integridade do conteúdo. Todos os profissionais validaram as entrevistas após transcrição.

A análise das entrevistas foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo¹⁵. Sob a ótica da fenomenologia empírica, seguindo os passos descritos por Giorgi¹⁴, buscou-se desvelar as unidades de significação que emergiram das vivências dos participantes, revelando a essência de suas experiências sobre o acesso e a organização na RAS para a garantia da integralidade do cuidado à mulher com câncer de mama, em Pernambuco, resultando em três categorias temáticas, estruturadas pelos níveis de atenção à saúde: 1) Atuação da atenção primária no cuidado ao câncer de mama: compreende a leitura sistemática do território, rastreamento, vigilância em saúde e coordenação do cuidado; 2) Desafios da atenção especializada no diagnóstico do câncer de mama: refere-se

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

Etapa 1 - Usuárias em tratamento					
Nº de usuária	Macrorregião do município	Unacon/Cacon	Distância entre a residência da usuária e Unacon/Cacon	Código	Critérios de inclusão e exclusão
01	I	HCP	18 km	Usuária 1-M1	Incluídas: mulheres maiores de 18 anos, em tratamento do câncer de mama, atendidas em Unacon/Cacon selecionados, oriundos das quatro Macrorregiões de Saúde Excluídas: mulheres com outros tipos de neoplasias
01	I	HCP	10 km	Usuária 3-M1	
01	II	HCP	135 km	Usuária 1-M2	
01	III	HCP	470 km	Usuária 1-M3	
01	IV	HCP	682 km	Usuária 1-M4	
01	I	IMIP	8 km	Usuária 2-M1	
01	II	IMIP	211 km	Usuária 2-M2	
01	III	IMIP	509 km	Usuária 2-M3	
01	IV	IMIP	535 km	Usuária 2-M4	
TOTAL: 9 usuárias					
Etapa 2 - Profissionais do Serviço de Oncologia					
Local de atuação	Nº de profissionais	Código		Incluídos: médicos mastologistas e radioterapeutas, com atuação mínima de um ano em Unacon/Cacon	
IMIP	01	P1- Serviço de Oncologia		Excluídos: profissionais em férias ou afastamento e sem atuação no tratamento do câncer de mama	
HCP	01	P2- Serviço de Oncologia			
IMIP e HCP	01	P3- Serviço de Oncologia			
TOTAL: 3 Profissionais do Serviço de Oncologia					
Etapa 3 - Profissionais da Atenção Primária à Saúde (usuária adscrita no território de atuação)					
Categoria profissional APS	Nº de profissionais	Usuária em tratamento	Código		Incluídos: médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) onde as usuárias entrevistadas são adscritas
Médico(a)	01	IMIP	P1-Atenção Primária		Excluídos: profissionais sem vínculo com a ESF das usuárias
Enfermeiro(a)	01	IMIP	P2-Atenção Primária		
Enfermeiro(a)	01	IMIP	P3-Atenção Primária		
Médico(a)	01	HCP	P4-Atenção Primária		
Enfermeiro(a)	01	HCP	P5-Atenção Primária		
TOTAL: 5 profissionais da Atenção Primária à Saúde					
Etapa 4 - Gestores de Saúde					
Tipo de gestão	Nº de profissionais	Código		Incluídos: profissionais com expertise em planejamento oncológico nas três esferas de gestão	
Municipal	01	Gestão Municipal		Excluídos: profissionais sem experiência em gestão oncológica	
Estadual	01	Gestão Estadual			
Federal	01	Gestão Ministério da Saúde			
TOTAL: 3 gestores					



Quadro 2. Fluxo metodológico sequencial de coleta e análise integrada, segundo a etapa de execução. Pernambuco, Brasil, 2023

Etapa	Participantes	Entrevistas sequenciais	Resultados e elaboração de roteiro
Primeira	Usuárias (n=09)	Roteiro 1 - Usuárias	Análise dos resultados e elaboração do roteiro 2
Segunda	Profissionais de oncologia (n=03)	Roteiro 2 - Profissionais do Serviço de Oncologia Unacon/Cacon	Análise dos resultados das etapas 1 e 2, e elaboração do roteiro 3
Terceira	Profissionais da APS (n=05)	Roteiro 3 - Profissionais da APS	Análise dos resultados das etapas 1, 2 e 3, e elaboração do roteiro 4
Quarta	Gestor Municipal (n=01)	Roteiro 4 - Profissional da Gestão Municipal	Análise dos resultados das etapas 1, 2, 3 e 4, e elaboração do roteiro 5
Quinta	Gestor Estadual (n=01)	Roteiro 5 - Profissional da Gestão Estadual	Análise dos resultados de todas as etapas e elaboração de uma pergunta condutora
Sexta	Gestor Federal (n=01)	Pergunta condutora - Profissional do Ministério da Saúde	-

ao acesso à mamografia (rastreamento e diagnóstico), ultrassonografia, especialista e biópsia, bem como a qualidade dos exames diagnósticos; e 3) O cuidado integral na atenção terciária: compreende a continuidade assistencial, a integração entre serviços oncológicos e multiprofissional, o acesso oportuno ao tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) e a disponibilidade de atendimento a urgências e emergências.

A presente pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (parecer 6.142.468; CAAE: 67124722.2.0000.5190); do Hospital do Câncer de Pernambuco (parecer 6.219.126; CAAE: 67124722.2.3001.5205) e do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (parecer 6.298.573; CAAE: 67124722.2.3002.5201), respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/2012¹⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise considerou a integralidade, abordando o acesso e a organização dos serviços na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, em diferentes níveis de atenção à saúde⁵.

Profissionais da Estratégia Saúde da Família relatam falta de leitura sistemática da realidade relacionada ao câncer de mama, referindo dificuldade no novo sistema de informação para monitoramento e avaliação do rastreio das mulheres dentro da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, e aquelas consideradas janelas de risco. Tal aspecto foi relatado por usuárias e profissionais, conforme as narrativas a seguir:

Antigamente a gente tinha tudo isso, porque você imprimia assim e saía tudo. [...] hoje estou numa situação que eu não tenho o conhecimento de toda a minha população. [...] se você perguntasse, estava na palma da mão [...] eu sabia tudo. Hoje, não sei (P1 - Atenção Primária).

Faz 5 anos que eu moro lá, ela (ACS) nunca foi lá na minha casa [...] fui lá e levei todos os cartões, para poder cadastrar todo mundo (Usuária 2 - M1).

Profissionais e usuárias apontam a fragmentação na coordenação do cuidado pela APS, evidenciando a falta de um método operacional eficaz para atender às necessidades da população^{7,17}. Isso indica distanciamento dos pressupostos da APS abrangente e integral, permeada pela vigilância em saúde^{5,10}, que contemple o rastreamento do câncer de mama como uma etapa da demanda organizada^{5,10}. Os relatos destacam o distanciamento das políticas e diretrizes de controle do câncer na APS, a principal porta de acesso, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado^{5,7}. A lógica territorial visa facilitar a apropriação das necessidades de saúde da população adscrita, possibilitar o diagnóstico situacional da área e, conseqüentemente, o rastreamento e intervenção oportuna para o controle do câncer de mama¹⁸.

Para a compreensão dos desafios da atenção especializada no diagnóstico precoce, destacam-se o rastreamento, voltado à detecção precoce de lesões pré-cancerígenas ou cânceres em estágio pré-clínico, por meio de exames em uma população-alvo assintomática. A segunda estratégia é o diagnóstico precoce, que visa identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que

apresentam sinais ou sintomas suspeitos da doença, sem limite de idade¹⁹. Ambas as estratégias dependem fortemente das ações realizadas na APS.

No entanto, depoimentos evidenciam dificuldades no acesso à mamografia de rastreamento (assintomática) e mamografia diagnóstica (sintomática), especialmente para mulheres fora da faixa etária de rastreamento populacional. Essas barreiras comprometem a equidade, como ilustram os relatos a seguir:

A gente só consegue fazer antes quando é particular. Porque, pela prefeitura, só pode ser a partir de 50 (Usuária 2 - M1).

[...] para as mulheres fora da faixa etária tem dificuldade, eles não aceitam, mesmo com a justificativa [...] eu fui fazer a visita [...] detectei um nódulo, mais ou menos de 2 a 3 centímetros. E pedi para ela ir lá. Como ela era cadeirante, tinha essa dificuldade de ir para outro serviço [...] pedi para as cuidadoras levarem ela. Ela foi, mas não conseguiu fazer, porque era maior de 69 anos [...]. Então, achei que foi um absurdo... uma senhora de 80 anos, com um nódulo bem saliente e você pede para fazer a mamografia que está na unidade, perto da casa dela e não foi feito porque ela tinha 80 anos. Os técnicos que estavam no carro se mobilizaram, se sensibilizaram, ligaram para o nível central da prefeitura, mas não foi autorizado (P2 - Atenção Primária).

Essas situações refletem a necessidade de qualificação do acesso. É indispensável que casos com alterações clínicas, como nódulos palpáveis, sejam priorizados, independentemente da faixa etária. Como destacado pela gestão do Ministério da Saúde:

[...] então, são pontos que a gente precisa qualificar o acesso, para que essa mulher de 80 anos, que 'está fora da faixa etária do rastreamento. Mas, tem uma alteração, não tem por que não fazer' [...] você não pode é limitar o acesso dela a um diagnóstico desde o início, simplesmente porque está fora da faixa etária do rastreamento.

O acesso à mamografia, seja de rastreamento ou diagnóstica, ocorre principalmente por meio da APS, responsável pelo rastreamento e pelas primeiras ações de diagnóstico precoce do câncer de mama, incluindo a investigação de sinais e sintomas suspeitos. Os depoimentos evidenciam desafios de equidade no acesso aos exames^{7,19}, corroborando interpretações equivocadas

entre mamografia de rastreamento e mamografia diagnóstica.

É essencial que a APS reforce seu papel coordenador do cuidado, promovendo integração eficiente com os demais níveis assistenciais para assegurar o acesso equitativo e oportuno. Adicionalmente, é imprescindível priorizar mamografias diagnósticas em mulheres com sinais ou sintomas suspeitos, garantindo detecção precoce e melhores desfechos clínicos^{7,19-22}.

Quanto à idade de rastreamento mamográfico, relatos apontam que, enquanto municípios realizam em mulheres de 50 a 69 anos (idade recomendada pelo Ministério da Saúde até setembro/2025), Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) (nível secundário), implantadas pela Secretaria Estadual de Saúde para suprir déficits de serviços especializados e fortalecer a rede de atenção²³ e as Unacon e os Cacon (terciário), já realizavam o exame a partir dos 40 anos:

Aqui na UPAE a nível do Estado, a gente já preconizou que a gente faz a mamografia acima dos 40 anos [...] por demanda espontânea (Gestão Estadual).

Com relação à mamografia, aqui no IMIP nós nos baseamos na lei que permite que as mulheres a partir de 40 tenham acesso a mamografia (P1 - Serviço de Oncologia).

Os depoimentos corroboram a falta de consenso sobre a idade adequada para o rastreamento. A APS não consegue solicitar serviços da rede municipal por seguirem as recomendações do Ministério da Saúde (bianual dos 50 a 69 anos), dificultando a tomada de decisão dos profissionais de saúde²². As UPAE e Unacon/Cacon se respaldam na Lei n.º 11.664, de 29 de abril de 2008, alterada pela Lei n.º 14.335 de 10 maio de 2022. As evidências na literatura sugerem que os sistemas de saúde e os profissionais considerem o rastreamento personalizado e organizado na RAS, baseado em avaliação, gerenciamento de risco e vulnerabilidades ao câncer de mama²¹.

Embora, até setembro de 2025, o rastreamento populacional estivesse direcionado na faixa etária de 50 a 69 anos, com periodicidade bienal, o acesso para mulheres entre 40 e 49 anos e acima de 69 anos, sem sinais ou sintomas suspeitos, deveria ser assegurado mediante orientação adequada sobre benefícios e riscos do exame. Essa abordagem não apenas aprimora o rastreamento organizado, como também garante que todas as mulheres tenham seu direito à mamografia respeitado, seja para o rastreamento em faixa etária prioritária, o acesso individual em faixas etárias ampliadas ou a investigação diagnóstica



oportuna, contribuindo para reduzir a mortalidade por câncer de mama em todas as idades.

As fragilidades observadas na APS evidenciam obstáculos estruturais e operacionais que comprometem a efetividade do rastreamento e, conseqüentemente, a capacidade de garantir diagnóstico precoce na atenção secundária. As narrativas de usuárias, profissionais de saúde e gestores indicam que, embora o atraso diagnóstico seja fortemente influenciado pela qualidade das ações realizadas na APS, este não é o único fator determinante. A disponibilidade dos serviços especializados e a forma como estão organizados na rede assistencial aprofundam as barreiras de acesso e a continuidade do cuidado.

A gente oferta mamografia nas 12 UPAE, que está em cada GERES [...] hoje existe a oferta e não existe a demanda, só para os exames de mamografia [...] a perda é primária. [...] tem município que não chega, tem a vaga e não tem a marcação. E outros equipamentos [estabelecimentos de saúde] [...] o absentismo (Gestão Estadual).

A narrativa evidencia que problemas na distribuição e utilização dos mamógrafos, fluxos e organização da rede resultam em absentismo, ociosidade de equipamentos e realização insuficiente de exames, desafios que podem ser resolvidos pela reorganização entre APS e atenção ambulatorial especializada, sem expansão de serviços secundários, mediante o aprimoramento do percurso da usuária até o serviço^{8,10-24}. No município do Recife, a gestão municipal aponta não existir problemas na oferta de mamografias:

A gente tem 80 atendimentos diários [...] de forma descentralizada [...] a mulher, ela não precisa fazer o agendamento [...] a gente chega a fazer de 1.200 a 1.500 mamografias por mês (Gestão Municipal).

Entretanto, a quantidade de exames está aquém da esperada, considerando o número de mulheres residentes rastreadas²⁵. O planejamento do perfil da população adscrita e a busca ativa podem melhorar a cobertura do exame.

A ultrassonografia (USG) é utilizada como complemento à mamografia. Todas as usuárias e os profissionais da APS relataram dificuldades no acesso à USG, ainda maiores para mulheres fora da faixa etária de rastreamento. Como alternativa, as usuárias muitas vezes recorrem a serviços privados, sacrificando recursos financeiros e, em alguns casos, recorrendo a financiamentos ou empréstimos para custear os exames, como sintetizam as narrativas a seguir:

As minhas mamografias não me deram diagnóstico de câncer, só na ultrassonografia [...] fiz numa clínica popular, foi 80 reais (Usuária 1 - M1).

[...] a ultrassom é sacrifício. [...] muitas das vezes, a pessoa faz isso por conta própria. Tem que procurar para poder resolver as coisas [...] a gente deixa de fazer, não porque não sabe. É porque não tem acesso (P1 - Atenção Primária).

Dificuldade de acesso das pacientes [...] as pacientes optam por fazer exames de imagem nas clínicas populares (P1 - Serviço de Oncologia).

A USG pode aprimorar a detecção precoce do câncer em mamas, sejam estas densas ou não^{26,27}. Uma metanálise identificou que, em mulheres com seios densos, a USG detecta quatro casos adicionais de câncer de mama por mil mulheres negativas para mamografia, e quase dobra a taxa de referência para avaliação adicional, devendo-se considerá-la como método complementar e não isolado²⁷.

Quanto ao acesso ao especialista na rede do SUS, foram identificados entraves significativos. Usuárias têm recorrido à rede privada, que é onerosa para a maioria e acarreta impactos financeiros.

Do oncologista, R\$350,00 a consulta. O cardiologista, foi R\$400,00. Eu sei que ao todo foi R\$2.372,00. Aí como não tinha esse dinheiro, minha família me deram uma parte, minha menina conseguiu um cartão com a amiga dela, aí passou o cartão, porque eu não tinha. Mas até chegar aqui foi tudo particular, fiz o empréstimo, ainda estou pagando. Cinco mil reais (Usuária 1 - M4).

[...] se eu esperar o mastologista, se eu esperar para pedir uma biópsia, não vai ser marcada. Então, como é que eu faço? O hospital do câncer, a triagem [do HCP] (P4 - Atenção Primária).

Nós estamos hoje com sete mastologistas, então a gente não tem dificuldade para marcar essa consulta [...] (Gestão Municipal).

Observou-se falta de convergência entre quem planeja e quem vivencia a necessidade de acesso oportuno, resultando em barreiras significativas e atrasos no diagnóstico e tratamento, especialmente para aquelas dependentes do SUS, que aguardam além dos prazos legais^{28,29} e custeiam as consultas com especialistas para reduzir o tempo de espera pelo diagnóstico^{24,30}.

Os relatos destacaram as dificuldades de acesso à biópsia na rede do SUS, confirmadas pela gestão pela falta de disponibilidade de serviços. As usuárias que custearam o exame optaram por essa estratégia para agilizar o acesso ao serviço terciário, como sintetizam as narrativas a seguir:

A coleta da biópsia foi 500 e poucos, e para enviar os exames cento e pouco. Eu não estaria aqui hoje. Não estaria, é um fato. Tem amigos que estão aguardando pelo SUS (Usuária 2 - M4).

[...] Se ela custear uma biópsia fora, ela entra por uma fila diferente porque ela já entra com um diagnóstico, ela termina esperando menos tempo para uma consulta do que quem não tem biópsia ainda (P2 - Serviço de Oncologia).

A gente não tem prestadores isolados para fazer patologia, *core biopsy*, punção de mama para acelerar o diagnóstico e a biópsia [...] enquanto estado, os nossos próprios serviços que fazem o diagnóstico já são as Unacon (Gestão Estadual).

As limitações presentes na rede do SUS indicam a necessidade de uma (re)estruturação tanto a nível municipal quanto estadual. A falta de disponibilidade e organização dos serviços na atenção especializada tem sido a principal barreira para o diagnóstico precoce e o acesso a tratamento em tempo hábil. Essas iniquidades contribuem para diagnósticos tardios, menor sobrevida e maior mortalidade⁹. Além disso, geram maior impacto financeiro às usuárias que custeiam exames e tempo de espera prolongado para as que dependem exclusivamente do SUS^{24,30}.

A qualidade dos exames, tanto de rastreamento quanto diagnóstico, é crucial para a eficácia na detecção precoce do câncer de mama. Mamografias realizadas sem rigor técnico apresentam sensibilidade de 66%, enquanto exames que seguem padrões de qualidade podem alcançar acurácia diagnóstica de 85% a 90%, especialmente em mulheres acima de 50 anos. Exames de alta qualidade possibilitam a identificação de tumores até dois anos antes do acometimento linfonodal, melhorando o prognóstico e a sobrevida das mulheres³¹.

A qualidade dos exames de rastreamento não é uniforme e as variações em serviços públicos e contratualizados refletem desigualdades regionais e desafios estruturais. Depoimentos de usuárias, profissionais de saúde e gestores ilustram essas dificuldades:

O diagnóstico ainda deu errado, porque a pessoa que fez, na incerteza, deu o *Birads* 4,8, isso não existe. Você tem 1, 2, 3, 4, 5, 6 (Usuária 1 - M1).

Ultrassom, geralmente, na prefeitura é terceirizado, às vezes não é de boa qualidade [...] quem não tem essa vivência de imagem, está perdendo casos aí, vai só acreditar no laudo (P4 - Atenção Primária).

Quando a paciente chega aqui com a biópsia positiva, nós pedimos as lâminas e os blocos. Perde-se tempo, infelizmente, mas já aconteceram situações de virem diagnósticos positivos e não serem (P1 - Serviço de Oncologia).

Não é só dos serviços públicos, as redes parceiras também, a qualidade do exame tem sido questionada (Gestão Municipal).

Além do apagão na oferta de exame diagnóstico definitivo para câncer, a falta de qualidade nos serviços de imagem resulta em repetições desnecessárias de exames, atrasos no início do tratamento e aumento dos custos, tanto para o SUS quanto para as usuárias. É essencial desenvolver estratégias de saúde que abordem as iniquidades existentes e evitem a repetição de exames diagnósticos para otimizar o tempo e recursos^{32,33}.

Os desafios apresentados nas atenções primária e secundária evidenciam a importância de uma atenção terciária robusta e integrada, capaz de prover a continuidade ao cuidado. As usuárias que procuraram tratamento na Unacon HCP e no Cacon IMIP buscaram “garantia” de tratamento completo, com todos os serviços necessários disponíveis, como expresso nas falas a seguir:

Eu sei que tem Garanhuns, tem Caruaru. Mas eu não quero sair do IMIP. Pela equipe que o IMIP tem, pelo atendimento [...] (Usuária 2 - M2).

Petrolina é mais próxima. Eu conseguiria entrar lá, mas eu não teria todos os exames, consultas, tudo que eu tenho aqui, eu teria que sair para outro e enfrentar uma fila. E aqui, depois que você entra, consegue fazer tudo. Nós já perdemos dois tios [...] ele tinha que ficar de um hospital para outro, para marcar a consulta agendava para outro... Eu não aguentaria se fosse assim. Ele também não aguentou. Aí ele desistiu (Usuária 2 - M4).

Há Unacon em todas as Macrorregiões de Saúde de Pernambuco. Disparidades globais na distribuição e no acesso a cuidados ideais comprometem os resultados de usuárias com câncer de mama^{32,34}. A falta de estrutura e organização de algumas Unacon tem provocado a sobrecarga dos serviços da capital³³.



Quando somadas às barreiras de acesso anterior ao nível terciário, a maioria das usuárias relata diversas janelas de espera, como resume as narrativas:

A minha suspeita foi em janeiro, consegui chegar aqui em junho [...] O tratamento mesmo se deu em setembro desse mesmo ano (Usuária 1 - M1).

Eu tinha dois anos que estava com esse tumor. [...] o caroço estava grande (Usuária 1 - M3).

O grande problema é que, imagine, a paciente fez a biópsia na data *x*, nós temos a lei do 30 e de 60 dias contando a partir da data *x*. E aí, ela entra aqui muitas vezes já com 30 dias. Então, já foi embora os 30 dias. E a gente, por mais que a gente agilize a revisão de lâmina, essa paciente geralmente ela não começa o tratamento com dois meses (P1 - Serviço de Oncologia).

A RAS convive com ineficiência alocativa e de acessibilidades, forçando um desvio relativo de recursos para a atenção terciária¹⁰. Sistemas de saúde sobrecarregados impactam o acesso oportuno aos serviços e o cumprimento dos prazos^{28,29} estabelecidos, e evidenciam a necessidade de (re)organização do planejamento e regulação, com fluxos bem estabelecidos.

O cenário do acesso à radioterapia é diferente da quimioterapia e cirurgia, marcado por um cuidado fragmentado e atrasos em razão das filas de espera:

Ela fez essa mesma cirurgia no mesmo tempo que eu fiz, ela fez em Caruaru. E ela está esperando fazer radioterapia, tem 200 pessoas na frente dela, e ela está lá sem ter condições de vir para cá (Usuária 1 - M2).

Afeta a demanda da capital. Hoje a gente tem um serviço em Caruaru, que não dá conta do Agreste, mas que seria muito interessante que ele desse conta por conta da logística do paciente [...] Petrolina não tem radioterapia [...] a gente recebe 40 pacientes de Petrolina por mês, se essa demanda ficasse lá, que é tranquilamente, 'não só mama', ficaria mais perto da sua casa, desafogaria o Hospital do Câncer [...] Hoje, Caruaru está pior ainda do que estava, porque eles funcionavam até meia-noite, uma da manhã, só que foi solicitado a contratação de mais um físico médico, não deu, a CNEN foi lá e fechou às cinco da tarde, então também existe isso, a necessidade de Caruaru voltar atender até meia-noite, que também ajudaria (P3 - Serviço de Oncologia).

O Estado de Pernambuco possui déficit de nove aceleradores lineares. O acesso é desigual e o tempo de espera elevado por conta da insuficiência de máquinas. Dos nove aceleradores lineares em uso no SUS (sete exclusivos do SUS), oito estão na capital, Recife (Macrorregião I), e um em Caruaru (Macrorregião II), não há acelerador linear em uso no SUS nas Macrorregiões III e IV³³. Estudos indicam uma tendência de concentração de serviços oncológicos em grandes cidades, porém ressaltam a importância de reestruturar os serviços e ampliar o acesso em Regiões menos favorecidas^{32,34}. A cada quatro semanas de atraso no início do tratamento oncológico, incluindo a radioterapia, aumenta significativamente o risco de mortalidade³⁵.

Um dos relatos enfatizou a importância de evitar a fragmentação do tratamento em múltiplos serviços oncológicos.

Começado o tratamento não acho que ela deva fragmentar. Eu acho que ela não deve fazer cirurgia aqui e quimioterapia em Arcoverde, porque nós temos uma distância física e porque na hora que ela estiver fazendo uma quimioterapia, e tiver uma dúvida, a minha equipe não está em Arcoverde. [...] o tratamento oncológico, ele tem que ser feito todo no mesmo local (P1 - Serviço de Oncologia).

A falta de oferta abrangente de serviços oncológicos nas Macrorregiões II, III e IV prejudica a continuidade do cuidado e a garantia da integralidade. Nenhuma Unacon das Macrorregiões II, III e IV possui serviço de radioterapia dentro de sua estrutura física, havendo Unacon que fragmenta todas as etapas do tratamento em diferentes serviços, destacando a urgência de maior integração³³. Os atrasos no tratamento do câncer de mama se intensificam quando realizado fora da Macrorregião da usuária. Além disso, a fragmentação geográfica reduz a adesão ao tratamento, pois as pacientes precisam seguir diferentes fluxos para atender às suas necessidades³². Embora a distância percorrida não seja a única questão que afeta o acesso ao tratamento, abordar esse problema é fundamental para melhorar a equidade^{32,33,34}.

No que diz respeito ao atendimento às urgências e emergências, apesar da garantia de atendimento 24 horas na Unacon HCP e no Cacon IMIP, todas as usuárias do interior mencionaram as dificuldades de acesso por causa da distância, como sintetizam as narrativas a seguir:

Já precisei, vim para cá por febre, por diarreia, por um choque anafilático, que eu tive edema de glote, fiquei internada [...]. Tenho amigas que não têm urgência e emergência em outros serviços (Usuária 1 - M1).

O doutor falou, se eu sentisse febre, viesse imediatamente para cá. Mas não tem como eu vir imediatamente, porque não tem transporte (Usuária 1 - M4).

Em Arcoverde, disse 'durante o dia nós damos o apoio, agora à noite, não'. Fecha de cinco horas [...] meu filho me trouxe às pressas, porque no hospital de lá não tinha ambulância [...] A gente saiu de lá 8h da noite e chegamos aqui 3h30 da manhã. Passei 13 dias na UTI e três dias na enfermaria. Para Recife, é muito ruim de vir (Usuária 1 - M3).

As narrativas apontam para a necessidade de os serviços de oncologia terem Pronto Atendimento 24 horas (PA24h) para casos de urgência oncológica fora do horário comercial. Os resultados mostram que as Macrorregiões que não ofertam tratamento integrado ou fragmentam as etapas do tratamento têm gerado a evasão das usuárias do interior, que enfrentam longas distâncias, atrasos entre suspeita, diagnóstico e início do tratamento, e sobrecarga dos serviços com tratamento integrado e com PA24h. A estrutura e a organização são fundamentais para a garantia da continuidade do cuidado e superação das barreiras de acesso.

CONCLUSÃO

Os avanços tecnológicos no tratamento do câncer de mama contrastam com a fragmentação persistente da RAS em Pernambuco, que compromete a integralidade do cuidado. Essa organização desarticulada amplia as barreiras enfrentadas pelas mulheres que vivenciam dificuldades materiais e sociais, como longos deslocamentos, condições precárias e dilemas entre manter o tratamento e garantir a subsistência. Nesse cenário, a implementação de um rastreamento organizado é essencial para ampliar a cobertura e o monitoramento das mulheres assintomáticas, permitindo intervenções mais oportunas e equitativas. Contudo, mesmo com estratégias de rastreamento mais estruturadas, o acesso tempestivo aos serviços especializados para investigação diagnóstica, para avaliação por especialista, para exames de imagem, biópsia e anatomopatológico permanece como um dos maiores desafios. Sua superação exige reorganização urgente da rede, com implantação de serviços, fluxos assistenciais alinhados às necessidades reais da população e efetivação das políticas públicas já estabelecidas na prática cotidiana.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de Programas de Navegação e investimentos em Educação Permanente em Saúde, a fim de mitigar essas barreiras por meio de abordagem integrada e oportuna. A melhoria da comunicação interserviços, do planejamento da atenção

oncológica em todos os níveis de atenção à saúde e a uniformização das orientações e práticas para o rastreamento mamográfico organizado no SUS são cruciais. Isso implica assegurar que todas as mulheres com sinais ou sintomas suspeitos tenham acesso à mamografia diagnóstica, independentemente da faixa etária recomendada para o rastreamento populacional, com exames de qualidade, comunicação eficaz entre os níveis de atenção e capacitação contínua dos profissionais da APS. Adicionalmente, o telessaúde para interconsultas integradas pode agilizar o acompanhamento, reduzir filas e otimizar o acesso a especialistas, sobretudo em áreas remotas.

Este estudo, pioneiro na aplicação dessa metodologia na Região Nordeste, oferece subsídios para gestores e profissionais de saúde. Futuras investigações podem explorar outras dimensões da integralidade do cuidado, com foco na linha de cuidado e na dimensão do ser integral, a fim de apoiar intervenções mais eficazes e humanizadas na atenção ao câncer de mama.

CONTRIBUIÇÕES

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

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

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 2026: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2026.



2. Silva RRD, 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;23:1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-930420230000326>
3. Migowski A, Silva GA, Dias MBK, et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(6):1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074817>
4. Lana AP, Perelman J, Andrade EIG, 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>
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco Ministério da Saúde; 2002.
6. Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Península; 1986.
7. 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):e00099118. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>
8. 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>
9. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012412>
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso 2026 abr 14]. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/7d6251b9-a401-4306-b83b-492e807054fa>
11. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2016.
12. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Penso; 2021.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2025 dez 15]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf
14. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach. Pittsburgh: Duquesne University Press; 2009.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições; 2011.
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112; Seção 1:59.
17. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0995>
18. Santana MM, Medeiros KR, Monken M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trab educ saúde.* 2022;20:1-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>
19. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [sem data]. Linhas de Cuidado: câncer de mama; 2022 [acesso 2023 jun 12]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/>
20. Andrade MC, Ribeiro AP, Lanza K, et al. Ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil: análise dos dados do sistema de informação do controle do câncer de mama (sismama), 2009-2015. *Rev Bras Cancerol.* 2022;68(3):e-082189. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2189>
21. Barcelos MRB, Chalupowski MN, Rebbeck TR, et al. Diretrizes de rastreamento do câncer de mama com práticas personalizadas e baseadas em risco: estamos preparados? *Femina.* 2020;48(11):685-98.
22. 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. *Cien Saude Colet.* 2022;27(2):459-70. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.42012020>
23. Silva LB, Costa JMB, Duarte MS. Avaliação do desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae) tipo II, 2016. *Saúde debate.* 2018;42(118):618-630. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811806>
24. Castaldi M, Smiley A, Kechejian K, et al. Disparate access to breast cancer screening and treatment. *BMC womens health.* 2022;22(1):249. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01793-z>
25. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Pernambuco-Recife, censo 2022 [acesso 2024 jan 2]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>



26. Santos R, Ribeiro AR, Marques D. Ultrasound as a method for early diagnosis of breast pathology. *J Pers Med.* 2023;13(7):1156. doi: <https://doi.org/10.3390/jpm13071156>
27. Rebolj M, Assi V, Brentnall A, et al. Addition of ultrasound to mammography in the case of dense breast tissue: systematic review and meta-analysis. *Br j cancer.* 2018;118(12):1559-70. doi: <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0080-3>
28. Presidência da República (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2012 nov 23; Seção 1.
29. Presidência da República (BR). Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para assegurar a realização de exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna no prazo de 30 dias. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2019 out 31; Seção 1.
30. Sousa SMMT, Carvalho MDGFDM, Santos LA, et al. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. *Saúde debate.* 2019;43(122):727-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>
31. Zeeshan M, Salam B, Khalid QSB, et al. Diagnostic accuracy of digital mammography in the detection of breast cancer. *Cureus.* 2018;10(4):e2448. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.2448>
32. Paula Fonseca B, Albuquerque PC, Freitas Saldanha R, et al. Geographic accessibility to cancer treatment in Brazil: a network analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022;7:100153. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100153>
33. 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.
34. Saldanha RDF, Xavier DR, Carnavalli KDM, et al. Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(7):e00090918. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090918>
35. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;371:4087-98. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>

Recebido em 28/10/2025
Aprovado em 11/3/2026

Editor associado: Mario Jorge Sobreira da Silva. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0477-8595>
Editora-científica: Anke Bergmann. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1972-8777>



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.