

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

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

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

Integrity of Care for Women with Breast Cancer: Access and Organization in the Health Care Network in a Northeast State

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

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.

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 semiestructuradas 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; Integrity in Health.

^{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

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



INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más común y la principal causa de mortalidad por cáncer entre mujeres¹. Se estima que habrá, en el Brasil, 78 610 nuevos casos de cáncer de mama por año en el trienio 2026-2028, siendo esperados 17 130 y 3190 casos para la región Nordeste y el estado de Pernambuco, respectivamente¹.

El aumento de la demanda por servicios de salud para detección temprana y el tratamiento del cáncer de mama en tiempo hábil han sido desafiantes para el Sistema Único de Salud (SUS), agravándose con la pandemia de la COVID-19, que trajo impactos negativos en la prestación de servicios oncológicos². Los retrasos en el diagnóstico del cáncer de mama no solo amenazan la salud de las mujeres, sino también afectan la sostenibilidad del SUS en virtud de tratamientos más agresivos y costosos^{3,4}.

La integralidad del SUS abarca varias dimensiones esenciales: la visión del ser humano como un ser biopsicosocial, en los enfoques individuales y colectivos; la comprensión de la determinación social de la salud y la diversidad de las necesidades de salud, que exigen respuestas intersectoriales; la garantía de acceso en diferentes niveles de atención; organización de los servicios en red; y la articulación de las acciones de promoción, prevención y recuperación^{5,6}.

La Red de Atención a la Salud (RAS) desempeña un papel fundamental en la garantía de la integralidad, con la Atención Primaria a la Salud (APS) como puerta de entrada, facilitando el diagnóstico temprano y coordinando flujos^{7,8}. El nivel secundario apoya a la APS en la coordinación del cuidado y garantiza derivaciones y acceso rápido con evaluaciones especializadas y tratamiento adecuado para mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. La alta complejidad ofrece un enfoque integrado al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama⁹.

Es crucial comprender los puntos críticos del acceso a la RAS, dado que la regionalización adecuada fortalece el cuidado integral, reduce disparidades geográficas, asistenciales y optimiza la gestión de equipos¹⁰. El acceso a los servicios de salud no se limita a su utilización, sino al uso adecuado y oportuno, según la necesidad del usuario¹¹.

A la luz de este debate, este artículo analiza la integralidad del cuidado de la mujer con cáncer de mama, considerando el acceso y la organización de la RAS en un estado del Nordeste.

MÉTODO

Este estudio adoptó el enfoque cualitativo de naturaleza exploratoria, con obtención de datos secuencial. La elección de dicho enfoque permitió la comprensión

profunda del fenómeno¹². Con base en el principio de la integralidad y en las guías de la Línea de Cuidado del Cáncer de Mama¹³, la investigación usó el marco referencial teórico-metodológico de la fenomenología empírica¹⁴ para analizar las percepciones y vivencias de usuarias, de profesionales de salud y gestores.

La encuesta contó con una muestra intencional, usuarias con cáncer de mama, profesionales de salud y gestores. Nueve usuarias en tratamiento del cáncer de mama fueron entrevistadas, procedentes de las cuatro macrorregiones de salud del estado (I-Metropolitana, II-Agreste, III-Sertão; y IV-Vale do São Francisco y Araripe), atendidas en el Centro de Alta Complejidad Oncológica Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Cacon IMIP) y en la Unidad de Alta Complejidad Oncológica Hospital del Cáncer de Pernambuco (Unacon HCP), localizados en el municipio de Recife. El IMIP y el HCP fueron escogidos por atender a las mujeres con cáncer de mama de todo el estado. También formaron parte del estudio tres profesionales de la Unacon y del Cacon, cinco profesionales de la APS que laboran en las unidades vinculadas a las usuarias, y gestores de salud de las Secretarías Municipal, Estatal y del Ministerio de Salud, expertos en planeamiento oncológico (Cuadro 1).

El trabajo de campo se dio entre septiembre y noviembre de 2023, orientado por el método secuencial en seis etapas interconectadas (Cuadro 2).

La elección de las usuarias fue oportuna, durante la espera de atención, considerando el origen y la macrorregión de salud. El análisis documental en historias clínicas complementó las informaciones recolectadas. Los profesionales de la APS fueron escogidos por vinculación a la usuaria. Fueron invitados especialistas y gestores expertos en el planeamiento del cuidado oncológico.

Las entrevistas fueron individuales, realizadas por la investigadora principal en ambiente sin interrupciones, con aproximadamente 40 minutos de duración, grabadas usando *software* para registro de voz. Las transcripciones fueron revisadas para mantener la integridad del contenido. Todos los profesionales validaron las entrevistas después de la transcripción.

El análisis de las entrevistas se realizó a partir de la técnica de análisis de contenido¹⁵. Bajo la óptica de la fenomenología empírica, siguiendo los pasos descritos por Giorgi¹⁴, se buscó desvelar las unidades de significación que surgieron de las vivencias de los participantes, revelando la esencia de sus experiencias sobre el acceso y la organización en la RAS para la garantía de la integralidad del cuidado a la mujer con cáncer de mama, en Pernambuco, resultando en tres categorías temáticas, estructuradas por los niveles de atención a la salud: 1) Actuación de la atención primaria en el cuidado del cáncer de mama: comprende la lectura

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

Etapas 1 - Usuarías en tratamiento					
Nº de usuaria	Macrorregión del municipio	Unacon/Cacon	Distancia entre la residencia de la usuaria y Unacon/Cacon	Código	Criterios de inclusión y exclusión
01	I	HCP	18 km	Usuaria 1-M1	Incluidas: mujeres mayores de 18 años, en tratamiento de cáncer de mama, atendidas en Unacon/Cacon seleccionados, procedentes de las cuatro macrorregiones de salud Excluidas: mujeres con otros tipos de neoplasias
01	I	HCP	10 km	Usuaria 3-M1	
01	II	HCP	135 km	Usuaria 1-M2	
01	III	HCP	470 km	Usuaria 1-M3	
01	IV	HCP	682 km	Usuaria 1-M4	
01	I	IMIP	8 km	Usuaria 2-M1	
01	II	IMIP	211 km	Usuaria 2-M2	
01	III	IMIP	509 km	Usuaria 2-M3	
01	IV	IMIP	535 km	Usuaria 2-M4	
TOTAL: 9 usuarias					
Etapas 2 - Profesionales del Servicio de Oncología					
Local de actuación	Nº de profesionales	Código		Criterios de inclusión y exclusión	
IMIP	01	P1- Servicio de Oncología		Incluidos: médicos mastólogos y radioterapeutas, laborando al menos un año en Unacon/Cacon Excluidos: profesionales de vacaciones o separados y sin actuación en el tratamiento del cáncer de mama	
HCP	01	P2- Servicio de Oncología			
IMIP y HCP	01	P3- Servicio de Oncología			
TOTAL: Tres Profesionales del Servicio de Oncología					
Etapas 3 - Profesionales de la Atención Primaria a la Salud (usuaria adscrita en el territorio de actuación)					
Categoría profesional APS	Nº de profesionales	Usuaria en tratamiento	Código		Criterios de inclusión y exclusión
Médico(a)	01	IMIP	P1-Atención Primaria		Incluidos: médicos y enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) donde están adscritas las usuarias entrevistadas Excluidos: profesionales sin vínculo con la ESF de las usuarias
Enfermero(a)	01	IMIP	P2-Atención Primaria		
Enfermero(a)	01	IMIP	P3-Atención Primaria		
Médico(a)	01	HCP	P4-Atención Primaria		
Enfermero(a)	01	HCP	P5-Atención Primaria		
TOTAL: Cinco profesionales de la Atención Primaria a la Salud					
Etapas 4 - Gestores de Salud					
Tipo de gestión	Nº de profesionales	Código		Criterios de inclusión y exclusión	
Municipal	01	Gestión Municipal		Incluidos: profesionales expertos en planeamiento oncológico en las tres esferas de gestión Excluidos: profesionales sin experiencia en gestión oncológica	
Estatal	01	Gestión Estatal			
Federal	01	Gestión Ministerio de Salud			
TOTAL: Tres gestores					



Cuadro 2. Flujo metodológico secuencial de recolección y análisis integrado, según la etapa de ejecución. Pernambuco, Brasil, 2023

Etapa	Participantes	Entrevistas secuenciales	Resultados y elaboración de guion
Primera	Usuaris (n=09)	Guion 1 - Usuaris	Análisis de los resultados y elaboración del guion 2
Segunda	Profesionales de oncología (n=03)	Guion 2 - Profesionales del Servicio de Oncología Unacon/Cacon	Análisis de los resultados de las etapas 1 y 2, y elaboración del guion 3
Tercera	Profesionales de la APS (n=05)	Guion 3 - Profesionales de la APS	Análisis de los resultados de las etapas 1, 2 y 3, y elaboración del guion 4
Cuarta	Gestor Municipal (n=01)	Guion 4 - Profesional de la Gestión Municipal	Análisis de los resultados de las etapas 1, 2, 3 y 4, y elaboración del guion 5
Quinta	Gestor Estatal (n=01)	Guion 5 - Profesional de la Gestión Estatal	Análisis de los resultados de todas las etapas y elaboración de una pregunta guía
Sexta	Gestor Federal (n=01)	Pregunta guía - Profesional del Ministerio de Salud	-

sistemática del territorio, detección, vigilancia en salud y coordinación del cuidado; 2) Desafíos de la atención especializada en el diagnóstico del cáncer de mama: se refiere al acceso a la mamografía (detección y diagnóstico), ecografía, especialista y biopsia, así como la calidad de los exámenes diagnósticos; y 3) El cuidado integral en la atención terciaria: comprende la continuidad asistencial, la integración entre servicios oncológicos y multiprofesional, el acceso oportuno al tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y la disponibilidad de atención a urgencias y emergencias.

La presente investigación fue aprobada por los Comités de Ética del Instituto de Investigaciones Aggeu Magalhães (parecer 6.142.468; CAAE: 67124722.2.0000.5190); del Hospital del Cáncer de Pernambuco (parecer 6.219.126; CAAE: 67124722.2.3001.5205) y del Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira (parecer 6.298.573; CAAE: 67124722.2.3002.5201), respetando la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) n.º 466/2012¹⁶.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis consideró la integralidad, abordando el acceso y la organización de los servicios en la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, en diferentes niveles de atención a la salud⁵.

Profesionales de la Estrategia Salud de la Familia informan la falta de lectura sistemática de la realidad relacionada con el cáncer de mama, refiriendo dificultad en el nuevo sistema de información para el monitoreo y la evaluación de la detección de las mujeres dentro del grupo

etario recomendado por el Ministerio de Salud, y aquellas consideradas ventanas de riesgo. Tal aspecto fue informado por usuarias y profesionales, según la siguientes narraciones:

Antiguamente teníamos todo eso, porque imprimías así y todo salía. [...] hoy estoy en una situación en la que no tengo el conocimiento de toda mi población. [...] si me lo preguntases, lo tenía en la palma de la mano [...] yo sabía todo. Hoy, no sé (P1 - Atención Primaria).

Hace 5 años que vivo allá, ella (ACS) nunca fue allá a mi casa [...] fui allá y llevé todas los documentos, para poder registrar a todo el mundo (Usuaris 2 - M1).

Profesionales y usuarias señalan la fragmentación en la coordinación del cuidado por la APS, evidenciando la falta de un método operativo eficaz para atender a las necesidades de la población^{7,17}. Esto indica distanciamiento de los presupuestos de la APS integral y de amplia cobertura, permeada por la vigilancia en salud^{5,10}, que contemple la detección del cáncer de mama como una etapa de la demanda organizada^{5,10}. Los informes destacan el distanciamiento de las políticas y directrices de control del cáncer en la APS, la principal puerta de acceso, ordenadora de la red y coordinadora del cuidado^{5,7}. La lógica territorial busca facilitar la apropiación de las necesidades de salud de la población adscrita, posibilitar el diagnóstico situacional del área y, consecuentemente, la detección e intervención oportuna para el control del cáncer de mama¹⁸.

Para la comprensión de los desafíos de la atención especializada en el diagnóstico temprano, se destacan la detección temprana de lesiones precancerígenas o cánceres en estadio preclínico, mediante exámenes en una población objetivo asintomática. La segunda estrategia es el diagnóstico temprano, que busca identificar el cáncer en estadio inicial en personas que presentan señales o síntomas sospechosos de la enfermedad, sin límite de edad¹⁹. Ambas estrategias dependen fuertemente de las acciones realizadas en la APS.

Sin embargo, hay declaraciones que evidencian dificultades en el acceso a la mamografía de detección (asintomática) y mamografía diagnóstica (sintomática), especialmente para mujeres fuera del grupo etario de detección poblacional. Estas barreras comprometen la equidad, como ilustran los relatos a continuación:

Solo podemos hacerlo antes cuando es particular. Porque, a través de la municipalidad, solo puede ser a partir de 50 (Usuaría 2 - M1).

[...] para las mujeres fuera del grupo etario hay dificultad, ellos no aceptan, aun con la justificación [...] fui a hacer la visita [...] detecté un nódulo, más o menos de 2 a 3 centímetros. Y le pedí a ella que vaya allá. Como ella usaba silla de ruedas, tenía dificultad de ir a otro servicio [...] le pedí a las cuidadoras que la lleven. Ella fue, pero no pudo hacerlo, porque era mayor de 69 años [...]. Entonces, creo que fue algo absurdo... una señora de 80 años, con un nódulo muy notable y le pides hacerse la mamografía que está en la unidad, cerca de la casa de ella y no se hizo porque ella tenía 80 años. Los técnicos que estaban en el carro se movilizaron, se sensibilizaron, llamaron al nivel central de la municipalidad, pero no fue autorizado (P2 - Atención Primaria).

Estas situaciones reflejan la necesidad de calificación del acceso. Es indispensable que casos con alteraciones clínicas, como nódulos palpables, sean priorizados, independientemente del grupo etario. Como destacó la gestión del Ministerio de Salud:

[...] entonces, son puntos en los que necesitamos calificar el acceso, para que esta mujer de 80 años, que 'está fuera del grupo etario de detección. Pero, hay una alteración, no hay por qué no hacerlo' [...] no puedes limitarle el acceso a un diagnóstico desde el inicio, simplemente porque está fuera del grupo etario de detección.

El acceso a la mamografía, sea de detección o diagnóstica, ocurre principalmente por medio de la APS,

responsable por la detección y por las primeras acciones de diagnóstico temprano del cáncer de mama, incluyendo la investigación de señales y síntomas sospechosos. Las declaraciones evidencian desafíos de equidad en el acceso a los exámenes^{7,19}, corroborando interpretaciones equivocadas entre mamografía de detección y mamografía diagnóstica.

Es esencial que la APS refuerce su papel coordinador del cuidado, promoviendo integración eficiente con los demás niveles asistenciales para asegurar el acceso equitativo y oportuno. Adicionalmente, es imprescindible priorizar mamografías diagnósticas en mujeres con señales o síntomas sospechosos, garantizando detección temprana y mejores resultados clínicos^{7,19-22}.

En cuanto a la edad de detección mamográfica, los informes señalan que, mientras que los municipios la realizan en mujeres de 50 a 69 años (edad recomendada por el Ministerio de Salud hasta septiembre/2025), las Unidades Pernambucanas de Atención Especializada (UPAE) (nivel secundario), implantadas por la Secretaría Estatal de Salud para suplir los déficits de servicios especializados y fortalecer la red de atención²³ y las Unacon y los Cacon (terciario), ya realizaban el examen a partir de los 40 años:

Aquí en la UPAE a nivel del estado, ya recomendamos que la gente se haga la mamografía después de los 40 años [...] por demanda espontánea (Gestión Estatal).

Con relación a la mamografía, aquí en el IMIP nos basamos en la ley que permite que las mujeres a partir de los 40 tengan acceso a la mamografía (P1 - Servicio de Oncología).

Las declaraciones corroboran la falta de consenso sobre la edad adecuada para la detección. La APS no puede solicitar servicios de la red municipal por seguir las recomendaciones del Ministerio de Salud (bianaual de los 50 a 69 años), dificultando la toma de decisión de los profesionales de salud²². Las UPAE y Unacon/Cacon se respaldan en la ley n.º 11.664, del 29 de abril de 2008, alterada por la ley n.º 14.335 del 10 mayo de 2022. Las evidencias en la literatura sugieren que los sistemas de salud y los profesionales consideren la detección personalizada y organizada en la RAS, en base a evaluación, manejo de riesgo y vulnerabilidades frente al cáncer de mama²¹.

Aunque, hasta septiembre de 2025, la detección poblacional estuviese direccionada en el grupo etario de 50 a 69 años, con periodicidad bienal, el acceso para mujeres entre 40 y 49 años y mayores de 69 años, sin signos o síntomas sospechosos, debería estar asegurado mediante



orientación adecuada sobre los beneficios y riesgos del examen. Este enfoque no solo perfecciona la detección organizada, sino también garantiza que todas las mujeres tengan respetado su derecho a la mamografía, sea para la detección en grupo etario prioritario, el acceso individual en grupos etarios ampliados o la investigación diagnóstica oportuna, contribuyendo para reducir la mortalidad por cáncer de mama en todas las edades.

Las fragilidades observadas en la APS evidencian obstáculos estructurales y operativos que comprometen la efectividad de la detección y, en consecuencia, la capacidad de garantizar diagnóstico temprano en la atención secundaria. Las narraciones de usuarias, profesionales de salud y gestores indican que, aunque el retraso diagnóstico se vea fuertemente influenciado por la calidad de las acciones realizadas en la APS, este no es el único factor determinante. La disponibilidad de los servicios especializados y la forma en que están organizados en la red asistencial profundizan las barreras de acceso y la continuidad del cuidado.

Ofrecemos mamografía en las 12 UPAE, que está en cada GERES [...] hoy existe la oferta y no existe la demanda, solo para los exámenes de mamografía [...] la pérdida es primaria. [...] hay municipio que no llega, hay espacio disponible y no se agenda. Y para otros equipos [establecimientos de salud] [...] el ausentismo (Gestión Estatal).

La declaración evidencia que problemas en distribución y uso de los mamógrafos, flujos y organización de la red resultan en ausentismo, ociosidad de equipos y realización insuficiente de exámenes, desafíos que pueden ser resueltos mediante la reorganización entre APS y atención ambulatoria especializada, sin expansión de servicios secundarios, mediante el mejoramiento del recorrido de la usuaria hasta el servicio^{8,10-24}. En el municipio de Recife, la gestión municipal indica que no existen problemas en la oferta de mamografías:

Tenemos 80 atenciones diarias [...] de forma descentralizada [...] la mujer, no necesita agendar [...] llegamos a hacer de 1200 a 1500 mamografías por mes (Gestión Municipal).

Mientras tanto, la cantidad de exámenes no llega a ser la esperada, considerando el número de mujeres residentes examinadas²⁵. El planeamiento del perfil de la población adscrita y la búsqueda activa pueden mejorar la cobertura del examen.

La ecografía (USG) es utilizada como complemento a la mamografía. Todas las usuarias y los profesionales de la APS

informaron dificultades en el acceso a la USG, aún mayores para mujeres fuera del grupo etario de detección. Como alternativa, las usuarias muchas veces recurren a servicios privados, sacrificando recursos económicos y, en algunos casos, recurriendo a financiamientos o préstamos para costear los exámenes, como sintetizan las siguientes narraciones:

Mis mamografías no me dieron diagnóstico de cáncer, solo en la ecografía [...] me la hice en una clínica popular, costó 80 reales (Usuaría 1 - M1).

[...] la ecografía es sacrificio. [...] muchas veces, la persona hace eso por su cuenta. Hay que buscar para poder resolver las cosas [...] dejamos de hacer, no porque no sepamos. Es porque no tenemos acceso (P1 - Atención Primaria).

Dificultad de acceso de las pacientes [...] las pacientes optan por hacerse exámenes de imagen en las clínicas populares (P1 - Servicio de Oncología).

La USG puede mejorar la detección temprana del cáncer en mamas, sean estas densas o no^{26,27}. Un metaanálisis identificó que, en mujeres con senos densos, la USG detecta cuatro casos adicionales de cáncer de mama por cada mil mujeres negativas para mamografía, y casi dobla la tasa de referencia para evaluación adicional, debiendo considerarla como método suplementario y no aislado²⁷.

Respecto al acceso al especialista en la red del SUS, se identificaron obstáculos significativos. Usuarias recorrieron a la red privada, que es onerosa para la mayoría y acarrea impactos económicos.

Del oncólogo, 350 reales la consulta. El cardiólogo, fue 400. Sé que el total fue 2372. Entonces, como no tenía ese dinero, mi familia me dio una parte, mi hija consiguió una tarjeta con su amiga, ahí pasó la tarjeta, porque yo no tenía. Pero hasta llegar aquí fue todo particular, hice el préstamo, todavía estoy pagando. Cinco mil reales (Usuaría 1 - M4).

[...] si yo esperara al mastólogo, si yo esperara para pedir una biopsia, no se va a agendar. Entonces, ¿cómo lo hago? El hospital del cáncer, el triaje [del HCP] (P4 - Atención Primaria).

Hoy estamos con siete mastólogos, entonces no tenemos dificultades para agendar esa consulta [...] (Gestión Municipal).

Se observó falta de convergencia entre quien planea y quien vive la necesidad de acceso oportuno, resultando

en barreras significativas y retrasos en el diagnóstico y tratamiento, especialmente para aquellas dependientes del SUS, que aguardan más allá de los plazos legales^{28,29} y costean las consultas con especialistas para reducir el tiempo de espera por el diagnóstico^{24,30}.

Los informes destacaron las dificultades de acceso a la biopsia en la red del SUS, confirmadas por la gestión por la falta de disponibilidad de servicios. Las usuarias que costearon el examen eligieron esa estrategia para agilizar el acceso al servicio terciario, como sintetizan las siguientes declaraciones:

La muestra de la biopsia fue 500 y algo más, y para enviar los exámenes ciento y poco. Yo no estaría aquí hoy. No estaría, es un hecho. Tengo amigos que están aguardando por el SUS (Usuaria 2 - M4).

[...] Si ella se paga una biopsia por fuera, entra en una cola diferente porque ya entra con un diagnóstico, termina esperando menos tiempo para una consulta que quien no tiene todavía biopsia (P2 - Servicio de Oncología).

No tenemos prestadores aislados para hacer patología, *core biopsy*, punción de mama para acelerar el diagnóstico y la biopsia [...] como estado, nuestros propios servicios que hacen el diagnóstico ya son las Unacon (Gestión Estatal).

Las limitaciones presentes en la red del SUS indican la necesidad de una (re)estructuración tanto a nivel municipal como estatal. La falta de disponibilidad y organización de los servicios en la atención especializada ha sido la principal barrera para el diagnóstico temprano y el acceso al tratamiento en tiempo hábil. Estas carencias contribuyen para diagnósticos tardíos, menor supervivencia y mayor mortalidad⁹. Además, generan mayor impacto económico a las usuarias que costean exámenes y tiempo de espera prolongado para las que dependen exclusivamente del SUS^{24,30}.

La calidad de los exámenes, tanto de detección como de diagnóstico, es crucial para la eficacia en la detección temprana del cáncer de mama. Mamografías realizadas sin rigor técnico presentan una sensibilidad del 66%, mientras que exámenes que siguen patrones de calidad pueden alcanzar una precisión diagnóstica del 85% al 90%, especialmente en mujeres mayores de 50 años. Exámenes de alta calidad posibilitan la identificación de tumores hasta dos años antes del ataque ganglionar, mejorando el pronóstico y la supervivencia de las mujeres³¹.

La calidad de los exámenes de detección no es uniforme y las variaciones en servicios públicos y

contratados reflejan desigualdades regionales y desafíos estructurales. Declaraciones de usuarias, profesionales de salud y gestores ilustran estas dificultades:

El diagnóstico además estuvo equivocado, porque la persona que lo hizo, en la duda, dio *Birads* 4,8, eso no existe. Tú tienes 1, 2, 3, 4, 5, 6 (Usuaria 1 - M1).

La ecografía, generalmente, es tercerizada en la ciudad, a veces no es de buena calidad [...] quien no tiene esa vivencia de imagen, está perdiendo casos ahí, solo va a creer en el informe (P4 - Atención Primaria).

Cuando la paciente llega aquí con la biopsia positiva, pedimos las láminas y los bloques. Se pierde tiempo, desgraciadamente, pero ya se dieron situaciones de venir diagnósticos positivos y no serlos (P1 - Servicio de Oncología).

No es solo de los servicios públicos, las redes asociadas también, la calidad del examen ha sido cuestionada (Gestión Municipal).

Además de la abrupta disminución en la oferta de examen diagnóstico definitivo para cáncer, la falta de calidad en los servicios de imagen resulta en repeticiones innecesarias de exámenes, atrasos en el inicio del tratamiento y aumento de los costos, tanto para el SUS como para las usuarias. Es esencial desarrollar estrategias de salud que aborden las desigualdades existentes y eviten la repetición de exámenes diagnósticos para optimizar el tiempo y recursos^{32,33}.

Los desafíos presentados en las atenciones primaria y secundaria evidencian la importancia de una atención terciaria robusta e integrada, capaz de proveer la continuidad al cuidado. Las usuarias que buscaron tratamiento en la Unacon HCP y en el Cacon IMIP buscaron “garantía” de tratamiento completo, con todos los servicios necesarios disponibles, como se expresa en las declaraciones a continuación:

Sé que está Garanhuns, está Caruaru. Pero no quiero salir del IMIP. Por el equipo que el IMIP tiene, por la atención [...] (Usuaria 2 - M2).

Petrolina está más cerca. Lograría entrar allá, pero no tendría todos los exámenes, consultas, todo lo que tengo aquí, tendría que salir hacia otro y enfrentar una cola. Y aquí, después que entras, logras hacer todo. Ya perdimos dos tíos [...] él tenía que estar de un hospital a otro, para definir la consulta agendaba para otro... Yo no aguantaría si fuese así. Él tampoco aguantó. Entonces él desistió (Usuaria 2 - M4).



Hay Unacon en todas las macrorregiones de salud de Pernambuco. Disparidades globales en la distribución y en el acceso a cuidados ideales comprometen los resultados de usuarias con cáncer de mama^{32,34}. La falta de estructura y organización de algunas Unacon ha provocado la sobrecarga de los servicios de la capital³³.

Cuando se suman las barreras de acceso anterior al nivel terciario, la mayoría de las usuarias informa diversas ventanas de espera, como se resume en las declaraciones:

Mi sospecha fue en enero, logré llegar aquí en junio [...] El tratamiento en sí se dio en septiembre de ese mismo año (Usuaría 1 - M1).

Yo tenía dos años con ese tumor. [...] el bulto estaba grande (Usuaría 1 - M3).

El gran problema es que, imagina, la paciente se hizo la biopsia en la fecha x , tenemos la ley de 30 y de 60 días contando a partir de la fecha x . Ahí, ella entra aquí muchas veces ya con 30 días. Entonces, ya pasaron los 30 días. Y nosotros, por más que agilicemos la revisión de lámina, esta paciente generalmente no comienza el tratamiento con dos meses (P1 - Servicio de Oncología).

La RAS convive con ineficiencia de asignaciones y de accesibilidades, forzando un desvío relativo de recursos hacia la atención terciaria¹⁰. Sistemas de salud sobrecargados impactan en el acceso oportuno a los servicios y el cumplimiento de los plazos^{28,29} establecidos, y evidencian la necesidad de (re)organización del planeamiento y regulación, con flujos bien establecidos.

El escenario del acceso a la radioterapia es diferente de la quimioterapia y cirugía, marcado por un cuidado fragmentado y atrasos debido a las colas de espera:

Ella realizó esa misma cirugía al mismo tiempo que yo, ella se la hizo en Caruaru. Y ella está esperando hacer radioterapia, hay 200 personas antes que ella, y ella está allá sin condiciones para venir acá (Usuaría 1 - M2).

Afecta la demanda de la capital. Hoy tenemos un servicio en Caruaru, que no se da abasto para el Agreste, pero que sería muy interesante que se diese abasto debido a la logística del paciente [...] Petrolina no tiene radioterapia [...] recibimos 40 pacientes de Petrolina al mes, si esa demanda se quedase allá, que es tranquilamente, 'no solo mama', estaría más cerca de su casa, desahogaría al Hospital del Cáncer [...] Hoy, Caruaru está aún peor de lo que estaba, porque

ellos funcionaban hasta la medianoche, una de la mañana, solo que se solicitó la contratación de un físico médico más, no se pudo, la CNEN fue allá y cerró a las cinco de la tarde, entonces también está eso, la necesidad de que Caruaru vuelva a atender hasta la medianoche, que también ayudaría (P3 - Servicio de Oncología).

El estado de Pernambuco tiene un déficit de nueve aceleradores lineales. El acceso es desigual y el tiempo de espera elevado debido a la insuficiencia de máquinas. De los nueve aceleradores lineales en uso en el SUS (siete exclusivos del SUS), ocho están en la capital, Recife (macrorregión I), y uno en Caruaru (macrorregión II), no hay acelerador lineal en uso en el SUS en las macrorregiones III y IV³³. Estudios indican una tendencia de concentración de servicios oncológicos en grandes ciudades, pero resaltan la importancia de reestructurar los servicios y ampliar el acceso en regiones menos favorecidas^{32,34}. Cada cuatro semanas de atraso en el inicio del tratamiento oncológico, incluyendo la radioterapia, aumenta significativamente el riesgo de mortalidad³⁵.

Uno de los relatos enfatizó la importancia de evitar la fragmentación del tratamiento en múltiples servicios oncológicos.

Iniciado el tratamiento no creo que deba fragmentarse. Creo que ella no debe hacer la cirugía aquí y la quimioterapia en Arcoverde, porque tenemos una distancia física y porque cuando ella estuviere haciendo una quimioterapia, y tuviere una duda, mi equipo no está en Arcoverde. [...] el tratamiento oncológico, tiene que realizarse en el mismo lugar (P1 - Servicio de Oncología).

La falta de una amplia oferta de servicios oncológicos en las macrorregiones II, III y IV perjudica la continuidad del cuidado y la garantía de la integralidad. Ninguna Unacon de las macrorregiones II, III y IV posee servicio de radioterapia dentro de su estructura física, habiendo Unacon que fragmenta todas las etapas del tratamiento en diferentes servicios, destacando la urgencia de mayor integración³³. Los retrasos en el tratamiento del cáncer de mama se intensifican cuando se realiza fuera de la macrorregión de la usuaria. Además, la fragmentación geográfica reduce el compromiso con el tratamiento, pues las pacientes necesitan seguir diferentes flujos para atender sus necesidades³². Aunque la distancia recorrida no sea el único asunto que afecta el acceso al tratamiento, abordar esta cuestión es fundamental para mejorar la equidad^{32,33,34}.

En lo referente a la atención de las urgencias y emergencias, a pesar de la garantía de atención 24 horas

en la Unacon HCP y en el Cacon IMIP, todas las usuarias del interior mencionaron las dificultades de acceso por causa de la distancia, como sintetizan las siguientes declaraciones:

Ya necesité, vine acá por fiebre, por diarrea, por un choque anafiláctico, que tuve edema de glotis, me quedé internada [...]. Tengo amigas que no cuentan con urgencia y emergencia en otros servicios (Usuaría 1 - M1).

El doctor me dijo que, si yo sintiese fiebre, viniese inmediatamente acá. Pero no hay forma de que yo venga inmediatamente, porque no hay transporte (Usuaría 1 - M4).

En Arcoverde, me dijo 'durante el día damos el apoyo, ahora de noche, no'. Cierra desde las cinco [...] mi hijo me trajo volando, porque en el hospital de allá no había ambulancia [...] Salimos de allá, ocho de la noche y llegamos aquí a las tres y media de la mañana. Pasé 13 días en UCI y tres días en enfermería. Para Recife, es pésimo para venir (Usuaría 1 - M3).

Las narraciones señalan la necesidad de que los servicios de oncología tengan Emergencias 24 horas (PA24h) para casos de urgencia oncológica fuera del horario comercial. Los resultados muestran que las macrorregiones que no ofrecen tratamiento integrado o fragmentan las etapas del tratamiento han generado la evasión de las usuarias del interior, que enfrentan largas distancias, retrasos entre sospecha, diagnóstico e inicio del tratamiento, y sobrecarga de los servicios con tratamiento integrado y con PA24h. La estructura y la organización son fundamentales para la garantía de la continuidad del cuidado y superación de las barreras de acceso.

CONCLUSIÓN

Los avances tecnológicos en el tratamiento del cáncer de mama contrastan con la fragmentación persistente de la RAS en Pernambuco, que compromete la integralidad del cuidado. Esta organización desarticulada amplía las barreras enfrentadas por las mujeres que experimentan dificultades materiales y sociales, como largos desplazamientos, condiciones precarias y dilemas entre mantener el tratamiento y garantizar la subsistencia. En ese escenario, la implementación de una detección organizada es esencial para ampliar la cobertura y el monitoreo de las mujeres asintomáticas, permitiendo intervenciones más oportunas y equitativas. No obstante,

aun con estrategias de detección más estructuradas, el acceso oportuno a los servicios especializados para investigación diagnóstica, evaluación por especialista, exámenes de imagen, biopsia y anatomopatológico, permanece como uno de los mayores desafíos. Su superación exige reorganización urgente de la red, con implantación de servicios, flujos asistenciales alineados a las necesidades reales de la población y efectivización de las políticas públicas ya establecidas en la práctica cotidiana.

Los resultados de este estudio señalan la necesidad de Programas de Navegación e Inversiones en Educación Permanente en Salud, con la finalidad de mitigar estas barreras mediante un enfoque integrado y oportuno. La mejoría de la comunicación entre servicios, del planeamiento de la atención oncológica en todos los niveles de atención a la salud y la uniformización de las orientaciones y prácticas para la detección mamográfica organizada en el SUS son cruciales. Esto implica asegurar que todas las mujeres con señales o síntomas sospechosos tengan acceso a la mamografía diagnóstica, independientemente del grupo etario recomendado para la detección poblacional, con exámenes de calidad, comunicación eficaz entre los niveles de atención y capacitación continua de los profesionales de la APS. Adicionalmente, la telemedicina para interconsultas integradas puede agilizar el acompañamiento, reducir colas y optimizar el acceso a especialistas, sobre todo en áreas remotas.

Este estudio, pionero en la aplicación de esta metodología en la región Nordeste, ofrece bases para gestores y profesionales de salud. Futuras investigaciones pueden explorar otras dimensiones de la integralidad del cuidado, enfocadas en la línea de cuidado y en la dimensión del ser integral, con el fin de apoyar intervenciones más eficaces y humanizadas en la atención al cáncer de mama.

APORTES

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

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.



DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

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 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/10.1590/1806-9304202300000326>
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, Giovanella 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://bvms.saude.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 MDGFD, 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

