

ANÁLISE DO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA NA DRS-VI, EM 2021: ANÁLISE E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2024

Nathan Augusto Silva Santos

Isabela de Oliveira Campos

Roosevelt da Silva Bastos

Mariane Nunes de Nadai

RESUMO: No Brasil, o câncer de mama é o principal responsável pela mortalidade de mulheres. Neste contexto, o controle deste tipo de câncer é previsto pelo Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no país, o que inclui a ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos. Assim, tal pesquisa se faz necessária para que se elucide a real situação do rastreamento, apontando quais municípios estão abaixo da meta determinada de 70%. O tipo de estudo a ser desenvolvido será descritivo de caráter quantitativo, utilizando-se a população do DRS VI do estado de São Paulo como referência. As origens das informações das mamografias e do rastreamento serão colhidas por meio do DATASUS, enquanto as informações sociodemográficas, pelo banco de dados do IBGE. Os resultados

esperados envolvem uma compreensão mais clara do rastreamento na região analisada, assim como medidas educativas de gestão em saúde, que promovam o cumprimento da meta de rastreamento pelos municípios.

PALAVRAS-CHAVE: neoplasias da mama; programas de rastreamento; intervenção médica precoce

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença muito comum entre as mulheres, sendo o segundo mais frequente no mundo 1,2. Segundo o INCA, os fatores de risco relacionados tratam de aspectos como envelhecimento, vida reprodutiva e hormonal. Trazendo para a realidade do Estado de São Paulo, em 2018-2019 o Instituto nacional do câncer estimou que a taxa bruta de incidência estimada por 100 mil habitantes para o câncer de mama seria de 70,89. Normalmente tem um bom prognóstico, mas este depende intimamente da detecção precoce. Neste contexto, o controle deste tipo de câncer é previsto pelo Plano de ações estratégicas

para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, o que inclui a ampliação do acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos³, o público alvo. É importante ressaltar que existe uma diferença entre a mamografia (MMG) de diagnóstico e a de rastreamento 4,5 (ambas presentes o SUS). A mamografia diagnóstica é feita no âmbito de garantir um reconhecimento precoce em mulheres sintomáticas, sendo comumente associada ao Exame clínico de mama (ECM) e a programas educativos, enquanto a mamografia de rastreamento (também associada ao ECM) consiste em realizar o exame em pessoas assintomáticas e dentro da faixa etária, objetivando selecionar as mais propensas a desenvolver a enfermidade (quando seus exames estão alterados) para uma investigação mais detalhada.

Segundo o caderno de diretrizes e metas do SISPACTO (2017-2021) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP) por meio do indicador 12, a diretriz estadual estabelecida foi a de ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade⁶, dada sua importância. Como parâmetro numérico, adotou-se para o indicador uma taxa de 70% das mulheres do público alvo, conforme adotou-se nas fichas de indicadores da do IDSUS do ministério da saúde⁷. Contudo, sabe-se que mesmo sendo um assunto amplamente divulgado, o rastreamento mamográfico precisa de esclarecimentos no que diz respeito às recomendações e objetivos, pois ainda há muitas mulheres idosas que nunca realizaram uma mamografia, ou que não seguem a periodicidade do rastreamento⁸. Tal fato demonstra que se faz necessária a aplicação de ações em saúde no rastreamento do CM que sejam mais eficazes. Essas ações devem levar em consideração as determinantes sociais envolvidas nesse processo, pois a adesão aos métodos de detecção precoce relaciona-se com diversos fatores, como renda, acesso à saúde, nível de escolaridade, crenças individuais, entre outros.

Considerando-se o exposto, o atual trabalho tem como objetivo confrontar as informações presentes no banco de dados do IBGE e do DATASUS, a fim de entender como está a situação do rastreamento do câncer de mama na DRS-VI. Além disso, procura-se elucidar quais fatores sociais estão mais intimamente relacionados com a baixa adesão ao rastreamento em alguns municípios da DRS-VI, que expressam uma taxa muito abaixo do esperado (0,7).

JUSTIFICATIVA

Tal pesquisa se faz necessária para que se elucide a real situação do rastreamento de câncer de mama nos municípios em questão, isto é, perceber quais estão ou não dentro da taxa de 70% determinada pelas diretrizes estaduais.

Assim, é possível estabelecer uma intervenção mais sistematizada nos municípios abaixo da meta, correlacionando cada determinante social envolvido.

OBJETIVOS

- Realizar uma análise detalhada sobre a situação do rastreamento do câncer de mama em ambos os sexos na diretoria regional de saúde de Bauru (DRS-VI), com o fim de prover medidas que auxiliem no cumprimento da meta por parte dos municípios.
- Verificar o confronto de informações entre o rastreamento e o diagnóstico do câncer de mama nas cidades abrangidas pela DRS-VI.
- Correlacionar os resultados obtidos com as determinantes sociais em saúde, como também com os dados sociodemográficos de cada município, a fim de verificar quais cumpriram a meta estabelecida pelo ministério da saúde.

METODOLOGIA

Em relação aos aspectos éticos, devido ao fato de o supracitado projeto envolver apenas dados públicos (de plataformas como IBGE e SIA/SUS - DATASUS), os dados colhidos não expõe diretamente a população envolvida. O tipo de estudo a ser desenvolvido será epidemiológico descritivo de caráter quantitativo. Utiliza-se como população de referência para análise o estado de São Paulo, concedendo-se um enfoque mais profundo na DRS VI (Bauru e região). A origem das informações sobre rastreamento e sobre as mamografias eletivas será colhida por meio do DATASUS. As informações sociodemográficas serão adquiridas por meio do banco de dados do IBGE, como IDH e Índice de GINI dos municípios. A análise de dados se faz por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas);

Sendo em regressão logística não ajustada e ajustada, tendo como variável dependente o rastreamento da mamografia (municípios que alcançaram o mínimo de 70% e os que não).

As análises serão feitas com base nos dados coletados sobre o rastreamento e sobre as mamografias eletivas. Esses dados serão coletados no sistema DATASUS do Ministério da Saúde, por meio do acesso público ao SISCAN - SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer)

As informações serão colhidas com base nos municípios e nas quantidades aprovadas de cada exame por período.

O período analisado será do ano de 2021 e os números coletados por mês, de cada município, serão somados para compor o resultado anual.

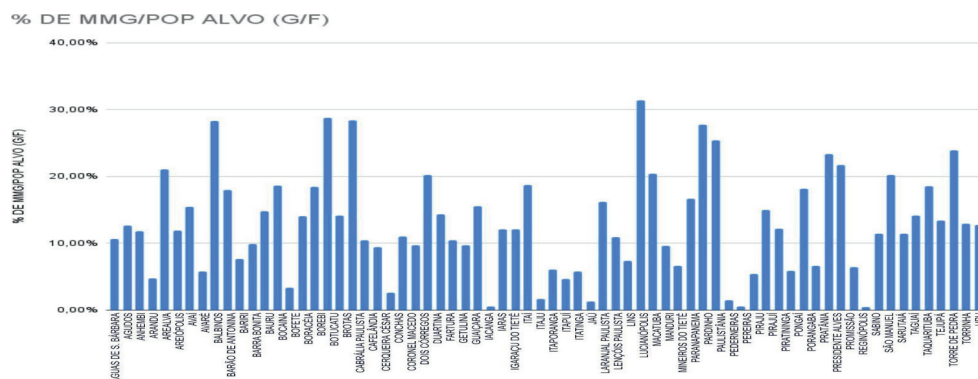
Também serão coletados dados sociodemográficos dos municípios analisados, como: o número total de habitantes, densidade demográfica, salário médio mensal dos trabalhadores formais, IDHM e Índice de Gini.

Esses dados serão coletados através do site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). <https://cidades.ibge.gov.br/>

Após analisar os dados, o enfoque será dado aos municípios com taxas abaixo do esperado. Temos como objetivo final a divulgação de acesso público a esses dados, a fim de alertar as entidades locais sobre quais municípios requerem maior atenção.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados obtidos são preocupantes. Ao correlacionar o valor de exames mamográficos de caráter screening durante o período de 2021 nos municípios da DR6, é possível perceber que nenhuma das cidades foi capaz de cumprir a meta de 70% de taxa bruta, conforme descrito na ficha de indicadores do IDSUS do ministério da saúde. A taxa bruta mais alta obtida para o indicador foi de apenas 31,1%, valor obtido pelo município de Macatuba. Já o menor valor de cobertura das mamografias foi de 0,46%, obtido pelo município de São Manuel. A média de exames de mamografia realizados em relação à população de mulheres com a idade entre 50 e 69 anos (população-alvo) nos municípios da DRS-6 foi de 12,89%.



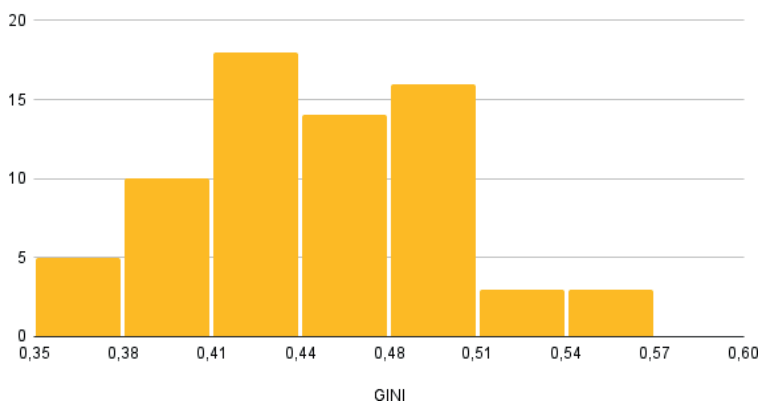
Relação (%) entre as mamografias realizadas e o nº de habitantes que compõem a população-alvo para o rastreamento do câncer de mama

Arandu, Bariri, Barra Bonita, Bofete, Conchas, Dois Córregos, Guaiçara, Iaras, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lucianópolis, Paranapanema, Pereiras, Piraju, Pirajui, Porangaba, Presidente Alves, Sabino e São Manuel formam a lista dos 22 municípios que não conseguiram atingir marcas de cobertura de Screening acima de 0,1 (10%).

Durante o período de 2021, os meses em que foram realizados mais exames nos municípios da DRS-6 foram Março/2021, Dezembro/2021 e Novembro/2021, com 1.982, 2.180 e 2.218 mamografias realizadas, efetivamente. Em contrapartida, os meses menos

No que diz respeito aos índices sócio-demográficos, é possível afirmar que houve uma certa homogeneidade em relação aos municípios analisados. De acordo com dados colhidos via Censo 2010, apenas 8 das 68 cidades apresentaram um índice de desenvolvimento humano médio abaixo de 0,7 (Arandu, Areiópolis, Balbinos, Cabrália Paulista, Coronel Macedo, Iaras, Sarutaiá e Tejupá), dentre as quais, duas não conseguiram atingir 10% de exames realizados para a população-alvo. Os outros 60 municípios pontuaram acima do corte de 0,7 para o índice de IDH, no qual considera-se um IDH alto (entre 0,7 e 0,8). A média do IDHM para os municípios do Departamento Regional de Saúde - 6 foi de 0,731, enquanto o IDH nacional em 2021 foi de 0,754.

Histograma de GINI

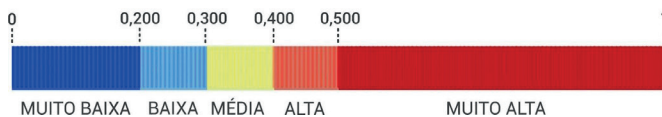


Já em relação ao índice GINI, a distribuição média dos valores se compara ao coeficiente GINI do Brasil, de 0,489 (PNUD, 2022). Dentre a faixa de valores informados, temos como municípios menos desiguais de acordo com o índice: Areiópolis, Guaçuara, Igarapu do Tietê e Taguaí. Dentre os mais desiguais da DRS-6, podemos destacar: Bauru, Botucatu e Macatuba. A média obtida pelos municípios da DRS-6 foi de 0,450.

O salário médio dos cidadãos da DRS-6 girou em torno do valor de 2,07 que, em correção para os valores atuais, seria de R\$: 2640,00. As cidades que tiveram os menores valores de salário médio foram Taguaí (1,3), Fatura e Iacanga (1,6). Entre os maiores, pontuamos Botucatu, Iaras e Lençóis Paulista, com 2,7.

À respeito do Índice de vulnerabilidade social (IVS), a média obtida pela região da DRS-6 é de 0,245, isto é, classificada como uma vulnerabilidade social baixa.

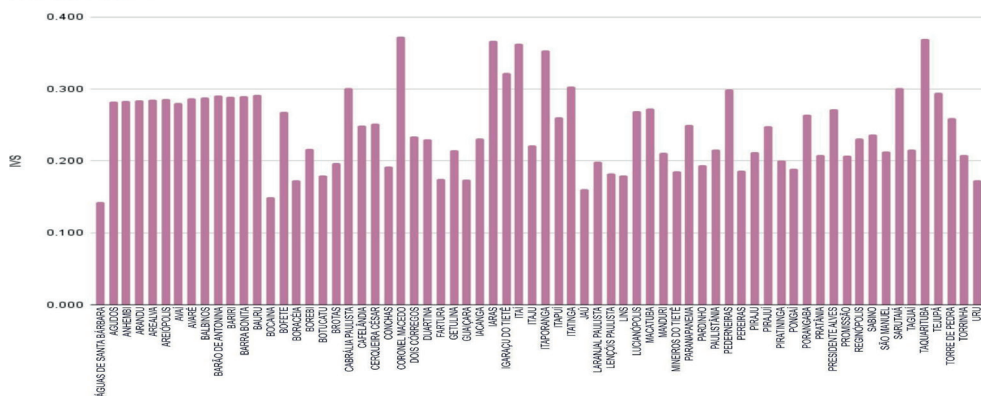
Faixas de Vulnerabilidade Social como ler o IVS



Fonte: Atlas da Vulnerabilidade Social – IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015.

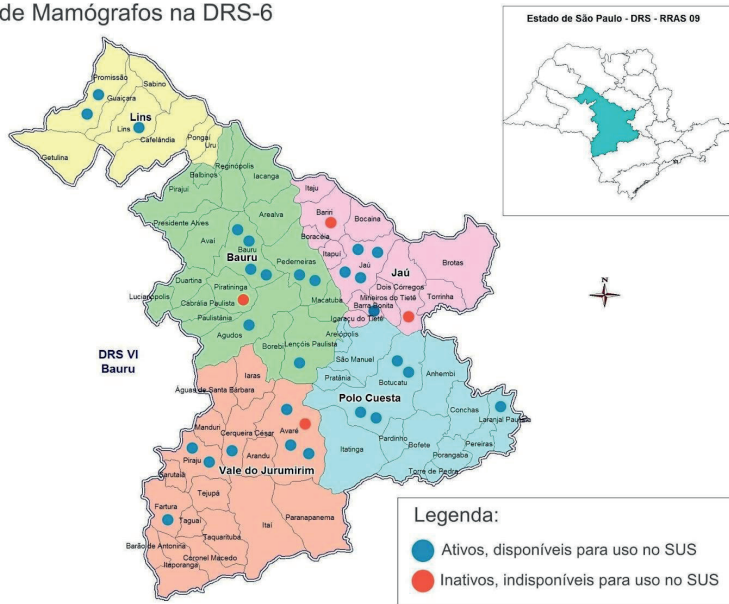
Dos municípios que pontuaram um IVS mais alto, isto é, com vulnerabilidade e desigualdade social maiores, temos: Coronel Macedo (0.373), Iaras (0.367), Itaí (0.363), Itaporanga (0.354) e Itatinga (0.303), sendo classificadas com IVS média. Não obstante, foram algumas das cidades que obtiveram as menores coberturas de exames de Screening, com valores abaixo de 15%. Já no outro extremo, entre as cidades com menor IVS, isto é, menos desiguais de acordo com o índice, temos as seguintes: Águas de Santa Bárbara (0.143), Jaú (0.161), Boracéia (0.173), Guaíçara (0.174) e Fartura (0.174), tendo faixa de classificação IVS como muito baixa, mas que, mesmo assim, mantiveram coberturas abaixo de 15%.

IVS na DRS-6



No que tange às questões logísticas, para as 68 cidades, temos disponíveis e funcionantes, na rede pública (SUS) 28 mamógrafos, de acordo com a CNES. As cidades que mais tem o equipamento, em suas diferentes apresentações (Mamógrafo com Comando Simples, Mamógrafo com Estereotaxia, Mamógrafo Computadorizado) são: Bauru, Jaú e Botucatu, com 4 equipamentos cada. A saber, na rede pública existem 4 equipamentos que não estão em uso.

Distribuição de Mamógrafos na DRS-6



Distribuição de Mamógrafos na DRS-6 (Fonte: CNES). Representação gráfica e unitária, não condiz com a exata geolocalização.

Finalmente, sobre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e da atenção básica dos municípios, temos que a média de cobertura da população na ESF foi de 59% e da atenção básica, 82%. De acordo com os dados públicos obtidos, muitos municípios obtiveram cobertura ESF de 100%, dentre eles, está Aguas de Santa Bárbara, Boracéia, Borebi, Jacanga, Paranapanema, Paulistânia, Pereiras, Pongaí, Porangaba, Presidente Alves e Uru. Os municípios que tiveram as coberturas mais baixas para Estratégia de Saúde da Família foram Bariri, Barra Bonita em Bauru, com porcentagens abaixo de 20

DISCUSSÃO

O pressuposto da realização de campanhas massivas e do desenvolvimento de estratégias para o rastreamento de neoplasias malignas na população é instaurar o diagnóstico precoce em estágios iniciais e assintomáticos⁹, para que dessa forma, seja possível estabelecer meios de intervenção que de fato interfiram positivamente na sobrevida, e que, de alguma forma, alterem a história natural da doença.

Muitas críticas são cabíveis no que concerne ao modelo de rastreamento de neoplasias adotado no território brasileiro. Temos como exemplo, a alta prevalência de falsos-positivos gerada pelos exames complementares, o chamado “overdiagnosis” de neoplasias que poderiam ser consideradas mais quiescentes, entre outros aspectos¹⁰. Apesar do quase consenso a respeito da existência do sobrediagnóstico, ainda encontram-se dificuldades para mensurar seu impacto e real magnitude¹¹, e as evidências atuais não sustentam força suficiente para proscrever ou não a estratégia de Screening.

Contudo, alguns dos principais pontos a respeito do modelo de screening de neoplasias no Brasil que merecem atenção, são, de fato, os quesitos operacionais na garantia do acesso e longitudinalidade do tratamento após diagnóstico. Isso se dá porque, atualmente, não há um programa bem estabelecido e sistemático para acompanhar os casos das mulheres que passaram pelo exame de screening, tendo, portanto, um perfil oportunístico e não longitudinal¹².

Levando em conta o contexto exposto e trazendo para a realidade do atual trabalho, é possível considerar que os resultados são preocupantes e alarmantes. Por se tratar do câncer mais comum entre as mulheres, é sabido que o rastreamento, por meio da mamografia, se mantém como medida de saúde que deve ser efetuada a fim de melhores desfechos, com melhor prognóstico a curto e longo prazo, com intuito do diagnóstico precoce, e tratamentos para melhora de sobrevida livre de doença, e livre de progressão, tanto em relação a impactos no caráter individual das acometidas, quanto no caráter coletivo, coincidindo na qualidade de vida do país e na Saúde Coletiva. Dado esse fato, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, associado com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, e com as fichas de indicadores da IDSUS da Ministério de Saúde, dita que pelo menos 70% das mulheres de cada município entre 50 a 69 anos devem realizar a mamografia para fins de saúde, portanto, de acordo com os dados levantados, retirados do IBGE e do DATASUS, a realidade dos municípios da DRS-VI na estado de São Paulo se vê distante da meta proposta pelas entidades citadas.

No que se refere aos municípios avaliados da região, a DRS-VI, os dados apresentados são destoantes. Ao avaliar os valores do IDH, o indicador das dimensões básicas de desenvolvimento humano: renda, saúde e educação dos municípios que são usados como preditores para manejo das políticas públicas, os valores encontrados do índice, em média, giram ao redor de 0,731, considerado um IDH alto (entre 0,7 e 0,8), de acordo com o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas de 2015, valor estaria na escala de 88 e 89, atual ocupação do Equador (0,732) e Santa Lúcia (0,729), com isso colocando-se à frente de pelo menos 100 outras nações. Tendo isso em vista, o fato de ser considerado alto IDH, não condiz com os resultados apresentados acerca do rastreamento do câncer de mama dos municípios, sendo assim é necessário constante revisão das políticas públicas para melhor manejo dos investimentos, para que de fato haja progresso, refletindo a qualidade de vida do país;

Entretanto, no geral, por apresentar homogeneidade entre os dados demográficos, é difícil estabelecer correlação que possa justificar casualidade de um único fator, não havendo correlação simples entre os dados apresentados e o total na cobertura das mamografias. Exemplificado no fato de Macatuba apresentar o maior indicador de cobertura de mamografias, com salário médio geral de 2,4 salários mínimos, IDH de 0,77, GINI de 0,5506, e sem mamógrafos no local, com a cobertura de Atenção Primária e da Estratégia

de Saúde da Família (ESF) de 80,41% ambos. Ao que tange o menor índice de cobertura, o município de São Manuel, com 0,46% de cobertura, tendo salário médio de 2,4 salários mínimos, o IDH no valor de 0,744, o GINI de 0,4607, sem disponibilização de mamógrafos no local, com cobertura da Atenção Básica de 83,51 enquanto a cobertura da Estratégia da Saúde de Família com 50,54%.

Ao colocar em análise esses dois extremos de cobertura do município de Macatuba e São Manuel, tem destaque o aumento da cobertura da ESF, também sendo um dos influenciadores de resultados. A ESF, que tem como objetivo reorganização da atenção básica do país, seguindo diretrizes, princípios e fundamentos do Sistema Único de Saúde, tendo em vista um cuidado continuado, integrado e longitudinal com o paciente, contando com equipes multiprofissionais¹³. Não há dúvidas dos impactos das equipes no que se diz a respeito de Saúde Coletiva, com abordagens educativas e informativas acerca de periodicidade de exames, reconhecimento e educação acerca de doenças, referenciando nos casos que demandam maior complexidade.

A DRS-VI como um todo conta com 24 mamógrafos funcionantes para toda a rede pública local, dado com valor impeditivo e prejudicial, havendo cerca de 153.584 mulheres na região com idade e indicação, as quais precisam realizar o exame periodicamente. Nesse mesmo contexto, novamente, revela a importância da Atenção Primária trabalhar integrada na região para referenciamento das pacientes visando a acessibilidade ideal e manejo da prevenção secundária.

Os maiores números de mamografias realizadas seguiram-se no mês de Novembro e Dezembro, meses que sucedem outubro, o qual há campanha maciça e internacionalmente reconhecida sobre a prevenção e conscientização do câncer de mama. A campanha é baseada em intensa divulgação acerca da importância do rastreamento e auto conhecimento a respeito do tema, ocorrendo nas diversas mídias, redes sociais, e nos serviços de saúde, tendo como impacto positivo tanto na população, como também nos profissionais de saúde.

Sem dúvidas, o rastreamento do câncer de mama tem o seu grau de efetividade em relação à mudança de sobrevida na população, e para tanto, corrobora-se a isso o estabelecimento das diretrizes e metas por parte do Ministério da Saúde⁹. Porém, cerca de 65,7% das mulheres com diagnóstico de neoplasia de mama só tem acesso ao tratamento após os 60 dias de diagnóstico¹⁴, o que fere o preconizado pela lei “12.732/12”. Em estudos divulgados no ano de 2019, algumas regiões do Brasil apresentam intervalo médio de diagnóstico e tratamento de cerca de 112 dias, podendo variar entre 12 e 550 dias¹⁵. Tal fato sofre influência de múltiplas variáveis, sejam logísticas, organizacionais ou de caráter socioeconômico. Sem sombra de dúvidas, ao longo dos anos houve aumento da proporção de casos tratados em janela oportuna, porém, ainda há prevalências importantes de atraso, principalmente em indivíduos com mais de sessenta anos, ou que necessitam de radioterapia como modalidade terapêutica principal, e associado a isso, o câncer de mama ainda é associado a atrasos no início do tratamento oncológico¹⁶.

Todavia, o rastreamento consiste na estratégia mais estabelecida, na atualidade, para atenção ao cuidado de pessoas com neoplasia de mama. Porém, a medida que o objetivo principal do screening, que é a intervenção precoce, não é cumprido em tempo hábil, e considerando que parte importante dos diagnósticos se realizam em fases tardias da doença, é preciso que se volte as atenções das políticas públicas para as fases iniciais e cruciais do processo: incremento das taxas de realização dos exames realizados na classificação de screening, pois a medida que há o cumprimento das taxas pré-estabelecidas pelos cadernos de diretrizes, é possível ter um parâmetro da real situação da neoplasia maligna de mama na região, e só assim há a possibilidade real de desenvolvimento de políticas públicas eficazes, direcionamento de verba para garantia dos direitos de mulheres recém-diagnosticadas.

CONCLUSÕES

Diante dos fatos discutidos cabe ressaltar a importância atual do rastreamento do câncer de mama, o câncer mais comum entre as mulheres, cujo desfecho pode ser modificado diante de medidas acessíveis e disponibilizadas. Cabe dizer ainda, que há escassez de medidas públicas que impactem de fato para melhoria do rastreamento, baseado no número de mamografias realizadas, para que assim possa se atingir a meta mínima recomendada pelas entidades Estaduais e Federais a fim de prover Saúde Pública de qualidade.

REFERÊNCIAS

Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

Steward BW, Wild CP. (ed.) World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; Geneva: World Health Organization; 2014.

Instituto Nacional de Câncer - INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível no site do INCA http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/

ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 3.ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2017. 108 p.

World Health Organization. Early detection. Geneva: WHO; 2007. 42 p. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 3).

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/SP. Orientações para a pactuação municipal e regional dos indicadores do Sispacto - 2019. SES/SP; COSEMS/SP, outubro de 2018. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/manual_orientacoes_para_as_pactuacoes_2019_versao_de_01_11.pdf

Ministério da Saúde. Fichas Detalhadas dos Indicadores do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS. 61 p. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf>

Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência. Saúde Coletiva*. 2011 maio; 16(5):2533-4

Ferreira da Silva, RC. Hortale, VA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(1):67-71

Mamografia - análise crítica do rastreamento. Dr.Pixel. Campinas: Dr Pixel, 2015. Disponível em: <<https://drpixel.fcm.unicamp.br/conteudo/mamografia-an%C3%A1lise-cr%C3%ADtica-a-do-rastreamento>> Acesso em: 14 Ago. 2023

Migowski, A; Nadanovsky, P; Vianna, CMM. Estimação do Sobrediagnóstico no Rastreamento Mamográfico: uma Avaliação Crítica. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2021; 67(2): e-151281

Tesser CD, d'Ávila TL de C. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016;32(5):e00095914. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095914>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

Janone, L; Barreto, “E. 65,7% das mulheres com câncer de mama esperam mais de 60 dias por tratamento no SUS”. *CNN Brasil*, Dezembro de 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/657-das-mulheres-com-cancer-de-mama-esperam-mais-de-60-dias-por-tratamento-no-sus/>>

Sousa, Samara Maria Moura Teixeira et al. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 122 [Acessado 20 Agosto 2023], pp. 727-741. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>.

Sobral GS, Araújo YB, Kameo SY, Silva GM, Santos DK da C, Carvalho LLM. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 12º de agosto de 2022 [citado 20º de agosto de 2023];68(3):e-122354. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2354>