

ANÁLISE DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE EM UM ESTADO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL: O CÂNCER DE MAMA COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA

Data de aceite: 01/02/2024

Rosalva Raimundo da Silva

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

Tereza Maciel Lya

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

Alexsandro dos Santos Machado

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

RESUMO: O câncer de mama, uma significativa causa de morbimortalidade global e no Brasil, requer uma rede de atenção à saúde bem estruturada. **Objetivo:** analisar o procedimento e mecanismo de regulação para encaminhamento de mulheres com câncer de mama à assistência oncológica de alta complexidade em Pernambuco. **Metodologia:** Entrevistamos seis gestores responsáveis pela regulação

e um profissional da política estadual de oncologia. **Resultados:** os achados evidenciaram deficiências no sistema de regulação, com a demanda espontânea prevalecendo como o principal meio de acesso das usuárias aos serviços de oncologia. **Conclusão:** é crucial investir em estudos de avaliação de rede para melhorar o acesso, promovendo a equidade nos serviços oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Mama, Avaliação em saúde, Regulação em saúde, Acesso aos serviços de saúde.

ANALYSIS OF CARE REGULATION IN HIGHLY COMPLEX ONCOLOGY CARE IN A STATE IN THE NORTHEAST REGION OF BRAZIL: BREAST CANCER AS A TRACER CONDITION

ABSTRACT: Breast cancer, a significant cause of morbidity and mortality globally and in Brazil, requires a well-structured health care network. **Objective:** to analyze the procedure and regulatory mechanism for referring women with breast cancer to highly complex oncological care in Pernambuco. **Methodology:** We interviewed six managers responsible for regulation and a professional from state oncology policy.

Results: the findings highlighted deficiencies in the regulation system, with spontaneous demand prevailing as the main means of access for users to oncology services. **Conclusion:** it is crucial to invest in network assessment studies to improve access, promoting equity in oncology services.

KEYWORDS: Breast Neoplasms, Health assessment, Health regulation, Health services accessibility.

ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN UN ESTADO DE LA REGIÓN NORESTE DE BRASIL: EL CÁNCER DE MAMA COMO CONDICIÓN TRAZADORA

ABSTRACTO: El cáncer de mama, una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y en Brasil, requiere una red de atención de salud bien estructurada. **Objetivo:** analizar el procedimiento y mecanismo regulatorio para la derivación de mujeres con cáncer de mama a atención oncológica de alta complejidad en Pernambuco. **Metodología:** Se entrevistó a seis directivos responsables de la regulación y a un profesional de la política estatal de oncología. **Resultados:** los hallazgos evidenciaron deficiencias en el sistema de regulación, prevaleciendo la demanda espontánea como principal medio de acceso de los usuarios a los servicios de oncología. **Conclusión:** es crucial invertir en estudios de evaluación de redes para mejorar el acceso, promoviendo la equidad en los servicios de oncología.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de Mama, Evaluación de la salud, Regulación sanitaria, Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A descentralização na área da saúde fortalece a capacidade de gerenciamentos dos estados e municípios na rede de serviços de saúde. Mas, quando tratamos de assuntos como a regulação assistencial, a realidade mostra a necessidade de apresentarmos novos olhares a partir do campo investigativo, com o intuito de aumentar a capacidades resolutiva do sistema de regulação de cada esfera administrativa, a partir dos princípios que regem o Serviço Único de Saúde (SUS): universalização, integralidade e equidade.

No contexto mundial, a regulação teve início nas áreas econômica e social (Menicucci, 2005). O termo de regulação pode apresentar distintos conceitos, inicialmente balizada por deliberações governamentais dirigidas ao controle de mercado, hoje é utilizada em diversas áreas, entre elas a da saúde (Oliveira, 2014; Oliveira; Elias, 2012, Coelho, 2009). A evolução da função de regulação no campo da saúde não vem de uma progressão retilínea, mas de um misto de ferramentas regulatórias desenvolvidas no decorrer da história dos sistemas de saúde (Saltman; Busse, 2002). Para o Ministério da Saúde, a regulação assistencial tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (Brasil, 2008). Que quando bem organizados, podem contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente

necessita (Aquino; Vilela, 2014). Principalmente em redes que demandam serviços de alta complexidade, como é o caso do tratamento de câncer (Oliveira et al., 2011). Muitas vezes, as razões para o diagnóstico tardio podem estar relacionadas com mecanismos de referência complexos (Cazap et al., 2016).

Apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde ainda ocorre de forma bastante incipiente (Vilarins; Shumizu; Gutierrez, 2012; Brasil, 2011). Sem dúvida, a oferta de serviços especializados têm sido um dos pontos que mais estrangulam o Serviço Único de Saúde, e como consequências surgem as dificuldades de acesso devido a concentração desses serviços em locais de alta densidade tecnológica e populacional. A atividade regulatória estatal expressa relações complexas associadas à sociedade, aos diferentes grupos de interesse existentes nessa sociedade e às estratégias decisórias e de ação técnica e política estatal (Barreto; Guimarães, 2011; Cavalcanti; Cruz e Padilha, 2018). As redes de atenção à saúde são instrumentos de garantia do direito, possibilitando a ampliação do acesso e diminuindo desigualdades (Kuschnir; Chorny, 2010). Portanto, o acesso da paciente não deve se limitar às etapas de procura e entrada, mas abranger também a qualidade do cuidado e o seu resultado (Travassos; Castro, 2008).

Buscando reduzir as lacunas no conhecimento, este estudo tem como objetivo identificar como ocorre o processo de regulação assistencial na rede de alta complexidade oncológica em um estado da região nordeste do país, utilizando o câncer de mama como condição traçadora.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa com profissionais envolvidos com a coordenação da Regulação Estadual, Regulação Municipal e Política de Atenção Oncológica Estadual, no ano de 2016. Este critério foi adotado por ser o segmento que melhor expressa as variáveis de interesse do estudo proposto.

Foram incluídos no estudo a regulação dos municípios onde há Unidade de Alta Complexidade Oncológica (Unacon) e Centro de Alta Complexidade Oncológica (Cacon). Dos 185 municípios pernambucanos, as referências para tratamento de câncer estão distribuídas em 4 municípios (Recife, Caruaru, Garanhuns e Petrolina). O município de Arcoverde possui uma Unacon, mas por não ter histórico de tratamento de câncer de mama no ano da coleta de dados, não participou do estudo.

Para o número de participantes entrevistados foi utilizada a estratégia de saturação dos dados. Foram realizadas um total de seis entrevistas semiestruturadas, uma na regulação estadual, quatro na regulação dos municípios onde estão localizadas as Unacon/Cacon; e uma na Política Estadual de Oncologia do estado de Pernambuco.

O conteúdo da entrevista consistiu na maneira como ocorre a regulação do acesso

das pacientes com câncer de mama nos serviços de alta complexidade, as principais dificuldades no planejamento desse serviço, como se dá o monitoramento da paciente com câncer de mama desde o diagnóstico ao tratamento, também foram levadas em consideração, as metas da política nacional para prevenção do câncer na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas – Portaria GM/MS 874 de 2013 e os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia (Brasil, 2013).

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2016, as entrevistas e observações foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Sendo realizadas *in loco*, nas cidades de Recife, Garanhuns, Caruaru e Petrolina. Todos os entrevistados permitiram a gravação e assinaram o TCLE. Os dados foram organizados e codificados com auxílio do software para análise de qualitativos, o Atlas.ti 7.0 (*Qualitative Research and Solutions*), seguindo o objetivo de identificar as “unidades de significação” no contexto das falas, ultrapassando os sentidos manifestos dos entrevistados, a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Todos os preceitos éticos foram respeitados e a pesquisa teve parecer emitido pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CAEE nº 54533316.3.0000.5190.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Cunha (2010), quando a regulação assume o papel de regular a entrada do usuário no serviço de saúde, há impacto na sua sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes. Os resultados indicaram que o tratamento do câncer de mama não é regulado no estado de Pernambuco, como já acontece para algumas especialidades oncológicas.

Implementação de fluxos padronizados na entrada das usuárias nos serviços de alta complexidade

De acordo a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a regulação do acesso à assistência deve contemplar entre as ações, a elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenem os fluxos assistenciais, devendo ser efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos que se fizerem necessários, contemplando a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais. Para Cazap et al., (2016) em diferentes regiões e países do mundo, uma variedade de sistemas de saúde está em vigor, mas a maioria deles encontra-se fragmentada ou mal coordenada. Em uma das falas foi possível perceber que as poucas especialidades oncológicas que são reguladas, são muito recentes e o serviço de regulação em Pernambuco ainda é bastante incipiente.

Vê só, a gente não regula a rede toda, a gente regula algumas especialidades

em algumas unidades de oncologia. Hoje a gente tem, o Hospital do câncer com três especialidades sendo reguladas cabeça e pescoço, neurocirurgia e a gente iniciou agora nesse mês de julho, cirurgia geral. As outras especialidades não são reguladas, o paciente tem que procurar a marcação direto na unidade. (E4)

Quando há um grande centro de referência para câncer na região, é importante estabelecer padrões de referência (Cazap et al., 2016). Em Pernambuco, o acesso da paciente com câncer de mama ainda não é regulado, elas iniciaram o tratamento através da demanda espontânea. O uso de protocolos, portanto, depende das próprias instituições, quando estas possuem. Como afirma o entrevistado 4.

A gente segue o protocolo da Unidade, certo. O IMIP não tem um protocolo, como é por demanda espontânea, só a exigência da biópsia, do diagnóstico fechado, então de qualquer segmento e de qualquer origem a gente manda para lá, então é assim para mandar para o IMIP tem que ter diagnóstico; e os outros, a gente segue o protocolo da instituição, cada um tem protocolo próprio, isso é um dificultador enorme né, aí a gente tem que saber fazer essa triagem. (E4)

As desorganizações dos fluxos contribuem para o descontrole de atendimentos e dificultam o acompanhamento da trajetória durante o tratamento. Conforme relata o E2, *“Veja, se for de unidade da gente, daqui até no máximo a biópsia e o encaminhamento pra o Ceoc, depois o paciente se perde, porque como ele passa pra esfera do estado, a gente não tem mais como fazer esse acompanhamento”*. Percebemos, que a linha de cuidado da paciente fica fragmentada quando o sistema de regulação não consegue acompanhá-la ao dar entrada na Unacon/Cacon. Como afirma o E4, *“A gente não tem a linha de cuidado completa, a gente só vai até um certo ponto, então quando vai para punção a gente já tem uma dificuldade, se for punção por agulha fina a gente já não consegue”*.

É necessária uma padronização de protocolos operacionais de regulação quando se tem uma ampla rede de saúde (Vilarins; Shimizu; Gutierrez, 2010), por constituírem instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade (Brasil, 2008). Em todas as entrevistas, apenas um informante mencionou ter protocolo de encaminhamento seguindo a classificação de risco, em que a paciente com suspeita de câncer é prioridade para realização dos exames:

A gente tem hoje um protocolo de classificação de risco do município, para ambulatorial, é o único município que eu conheço que tem esse protocolo, e paciente com neoplasia, ele é classificado como vermelho, tem uma maior celeridade, até com a suspeita, não precisa ter o diagnóstico, para suspeita, a gente trata ele com um carinho maior e mais celeridade. (E4)

Essa prioridade deve ser utilizada por todos os municípios, mesmo porque o câncer de mama, como um dos mais prevalentes, necessita de mecanismos que facilitem o acesso ao tratamento em tempo oportuno, quanto mais cedo o diagnóstico, maiores as chances de cura. Um dos profissionais informou que a ausência de protocolos não é problema apenas

do sistema de regulação assistencial, mas também da própria Unacon, quando ela não possui um protocolo interno.

O que a gente faz é quando tem algum paciente que tenha algum diagnóstico, que já tenha o histopatológico, aí a gente encaminha direto pra o CEOC, que é a unidade de referência da gente, agora sem nenhum instrumento regulatório, entendeu? Ele vai por demanda espontânea. (E2)

Medidas regulatórias em saúde, são muitas vezes obrigatórias para proteger a saúde da população em geral, mesmo que produzam restrições à liberdade de escolha das pessoas (Crampton; Hoek; Beaglehole, 2011). Para Vilarins; Shimizu; Gutierrez (2010) a regulação, além de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, atua sobre a oferta dos mesmos, assumindo o planejamento das ações e estabelecendo a adequação desta oferta de acordo com as necessidades identificadas. A demanda espontânea fere os princípios da equidade, pois sem um protocolo de acesso que possa ser seguido por todos os profissionais é mais difícil organizar a distribuição de pacientes entre os hospitais habilitados, como fala o entrevistado 4.

" tem vários fatores né, quem pode esperar, deve esperar e quem não pode esperar não pode esperar, e isso a gente ainda não consegue enxergar pelo tamanho da regulação, então cada usuário tem que ser tratado individualmente [...] o tempo de espera para mim, ainda é longo para algumas coisas, para outras não, muito por desconhecimento de fluxos, por mais que a gente bata na tecla que o fluxo é assim e se você fizer tudo direitinho, chega, e chega mesmo né. Porque o pessoal está sempre querendo burlar o fluxo, vou, faço por aqui, faço por ali; se a gente tivesse esse ordenamento, a gente melhoraria isso, isso aí é maturidade do sistema, maturidade do SUS, que a gente não tem. (E4)

As entrevistas permitiram observar, que a regulação do acesso vem se organizando para que quando um novo serviço de alta complexidade oncológica venha a ser ofertado pelo SUS, este possa iniciar seus atendimentos apenas pelo sistema de regulação, para que eles saibam o que fazer ao encaminhar a paciente para o novo serviço, podendo acompanhar a trajetória da paciente dentro da rede de atenção à saúde.

[*Recentemente*] quando a gente começa a regular alguma especialidade ou unidade, a gente solicita que a unidade faça pra gente um protocolo de acesso, de como é que o paciente deve chegar, quais são os diagnósticos pra ser encaminhado, então o médico avalia de acordo com aquele protocolo, se vai autorizar ou não aquele encaminhamento, ele autorizando, a situação fica no sistema como autorizado. (E5)

A Unacon de Arcoverde, apesar de já habilitada com serviços de oncologia em 2015, não havia atendido pacientes com câncer de mama pelo SUS. Em 2016, a unidade começou a atender pacientes apenas pelo sistema de regulação, e como consequência surgiram conflitos de interesses em relação à demanda espontânea, como acontece nos demais hospitais.

A gente já tem uma rede hoje que habitualmente ela já não é regulada, então

esse já é o fator negativo, já se começou, já tem um histórico de que você tem que procurar o atendimento direto na própria unidade pra poder marcar, então quando a gente inicia a regulação, foi como o caso de Arcoverde, já tem um entrave aí... 'eu não quero ser regulado, porque as outras não são reguladas, e aí eu vou de forma espontânea, porque pra mim é melhor, eu não preciso ter essa, a questão da regulação, pra poder o paciente possa chegar. (E5)

São grandes os desafios para os planejadores de serviços de saúde quando se trata de regular o acesso. Não é fácil implantar o sistema de regulação nas unidades de oncologia quando estas já iniciaram da forma errada. A Unacon se sentiu “prejudicada” por atender apenas pacientes regulados, enquanto os demais atendem pela demanda espontânea. O “não querer” usar adequadamente o sistema de regulação significa que o hospital deixou de atender a paciente que o procurou sem estar regulada, perdendo uma “cliente”, já que a paciente pode procurar uma outra Unacon que atende por demanda espontânea sem precisar passar pela regulação. Evidenciando a priorização da captação de recurso através do número de pacientes que a instituição consegue absorver, em detrimento da saúde das pacientes. Com esta captação somente por demanda mantendo o aporte financeiro, não há interesse na regulação, quando esta não é realizada pelos demais hospitais. Essa realidade corrobora com Kurunmaki e Miller (2008) ao afirmarem que a regulação em saúde se constitui em uma atividade complexa e se converte em espaço de tensões, contradições e negociações permanentes

O efetivo trabalho da regulação do acesso possui problemas que vão além da estrutura e organização, há uma necessidade também da melhoria das relações de gestores com prestadores, e o mais importante, das relações de usuários e as suas distintas demandas na identificação de suas necessidades (Vilarins; Shimizu; Gutierrez, 2010). As barreiras específicas dentro da rede de atenção à saúde, precisam ser identificadas ao longo de toda a trajetória do paciente, permitindo o desenho individualizado de políticas públicas e programas para cada país, região, cidade (Unger-Saldaña, 2014).

Articulação entre os níveis de complexidade: O desafio de fazer “descer para rede”.

A regulação deve operar sobre todo o encaminhamento e seguimento do paciente com câncer em todos os níveis de complexidade (Brasil, 2013; 2014). O monitoramento dos diversos percursos que a paciente faz é um dos objetivos da linha de cuidado do tratamento do câncer de mama, por meio de mecanismos de acesso que permitam acompanhar a paciente em todos os serviços de atenção à saúde. A articulação entre os níveis de complexidade permite fazer um raio-X dos principais problemas que dificultam a realização da regulação. Para Baduy et al., (2011) a articulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção é um desafio importante, agravado pelo fato de estarem organizados e

financiados segundo lógicas distintas.

Hartz e Contandriopoulos (2004) discorrem sobre a importância da integração de serviços de saúde por meio de redes assistenciais, desenvolvendo mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Nas falas dos entrevistados, foi possível observar que quando se trata de relação entre as centrais de regulação, os profissionais da regulação estadual e municipal demonstraram não ter muito acesso à regulação nacional, mas as relações entre níveis municipais e estadual tem melhorado com o passar do tempo, como afirma o profissional 4.

Veja, nós não temos acesso à regulação Nacional, isso ainda está, até porque seria o TFD né, aí o TFD nosso seria para outros estados e isso nós não temos gestão ainda.[...] Quando a gente pede para regulação ambulatorial do estado, quando a gente não tem na nossa rede recife, é bem tranquilo, é uma relação cada vez mais próxima, até porque a regulação ambulatorial, falando de ambulatório agora, do estado tem avançado agora, antes eles não regulavam quase nada de ambulatório para os grandes hospitais. (E4)

No entanto, foi possível observar que a falta de comunicação e ausência de contrarreferência aumentam a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Eu acho que nós devíamos de uma rede oncológica, que pudesse, que a gente tivesse comunicação entre ela, que a gente conseguisse ter um protocolo ou um prontuário clínico desse paciente, para poder tá monitorando, para poder tá acompanhando, o que que está aguardando, qual a necessidade dele, e principalmente, o acesso à prevenção e a promoção, que eu acho que isso é primordial. (E3)

As dificuldades da regulação assistencial no acompanhamento ao tratamento foram observadas pelos entrevistados como um fator negativo devido a fragmentação criada pela própria rede, como menciona o informante 4.

Veja, na realidade o IMIP tem 2 CNPJ, a gente contrata o hospitalar, e o IMIP hospitalar não tem a linha de cuidado da saúde da mulher, então a gente não tem acesso, não consigo ver o caminho dessa paciente no IMIP, porque aí está sob gestão hospitalar, o que a gente consegue enxergar é o momento do pedido, a gente não consegue ver em termos de sistema, mas a gente sabe que foi encaminhado, como ele é do estado, essa parte a gente não tem muito acesso. (E4)

A fala anterior indicou uma desarticulação entre os níveis assistenciais devido a falta da contrarreferência das Unacon/Cacon para os níveis de menor complexidade. Além disso, há também a existência de fragilidades na detecção precoce na atenção básica, como afirma o entrevistado 3.

A fragmentação da rede dificulta o acesso sim, a questão da referência e contrarreferência, o diagnóstico na atenção básica, que às vezes a gente não consegue ter, a gente não consegue ter uma sinalização de uma usuária que tenha um possível diagnóstico de CA já, a gente não consegue ter isso, então eu acho que a fragmentação, a oferta insuficiente e a própria atenção básica,

Para Bairati et al., (2007), a melhor integração dos serviços em todos os níveis de atenção à saúde é uma estratégia promissora que pode reduzir o tempo de espera para o diagnóstico do câncer. Em qualquer nível de complexidade, as equipes das unidades de atenção primária deverão ter domínio sobre os fluxos construídos (regulação, referência e contrarreferência) para os níveis de atenção de média e alta complexidades (Instituto Nacional do Câncer, 2015). Em um dos relatos foi possível identificar a falta de comunicação entre os serviços,

[Sobre a Radioterapia] Não. Aí é aquela coisa, quando ele entra no hospital, muda completamente nossa governabilidade, eventualmente pode chegar um caso, mas a gente não tem fluxo desenhado para regular esses procedimentos, é muito mais da regulação interna desses hospitais eu acredito (E5)

Quando se trata de ter acesso aos serviços de alta complexidade (Unacon/Cacon) para fazer o diagnóstico, os entrevistados elencaram que um dos principais problemas no tratamento do câncer é o número insuficiente de serviços de diagnóstico em toda rede. Apesar da obrigatoriedade dos hospitais habilitados no tratamento do câncer, sozinhos não conseguem dá conta da demanda de diagnósticos, em sua maioria porque não dispõem de estrutura para desenvolver tal função (Silva, 2017), mas mesmo melhorando a estrutura para ofertar diagnóstico, estes ainda seriam insuficientes para atender a incidência anual de câncer no estado de Pernambuco.

Ela sai da atenção primária referenciada para a atenção especializada, pra que daí ela pudesse chegar até a atenção especializada na Unacon, porque antes dela chegar numa Unacon ela teria que passar numa atenção especializada ambulatorial onde ela pudesse fazer os exames, onde ela pudesse até, se fosse o caso, fazer a biópsia, porque às vezes isso fica mesmo para o Unacon fazer e está estrangulando os Unacon, questão de exame é uma coisa que a gente precisa tá muito atento, a gente tem que descer pra rede com eles.[...] talvez essa história das biópsias estarem nas Unacon hoje, em Pernambuco, 71% das biópsias nos Unacon, aí eu falo de paciente SUS né, talvez isso porque tem na portaria, mas não só porque tem na portaria, porque a rede não tem Biópsia! [...] o próprio Ministério está instituindo dois serviços que um é para as lesões precursoras do colo e o outro o que eles chamam de serviço de diagnóstico de mama, que eles chama de SRC e SDM, que isso vai ser feito na rede, inclusive com incremento financeiro, que o grande, a grande maioria dos nossos cânceres hoje ainda é na mama e no colo, o ministério já tem uma leitura que deve ampliar isso pra outros serviços, não só nos Unacon. (E6)

O “descer para a rede”, significa não deixar a investigação do diagnóstico apenas sob responsabilidade dos serviços de alta complexidade. Os municípios devem contar com serviços ou ter referências que possam agilizá-lo (Brasil, 2014). Ao aumentar a oferta de serviços de diagnóstico na média complexidade, propicia celeridade no acesso ao tratamento, proporcionando maiores chances de cura.

Com o número de serviço de diagnóstico insuficientes, há a preocupação com a solicitação que a paciente possua a confirmação da doença antes mesmo de ter acesso às Unacon/Cacon. Isso acaba contribuindo para uma desigualdade de acesso. No estudo de Silva (2017), apesar dos esforços para aumentar o acesso ao tratamento, o tempo médio do diagnóstico ao início do tratamento das mulheres com câncer de mama em Pernambuco, excedeu os 100 dias em 35,6% dos casos analisados. Para Unger-saldaña (2014) uma explicação plausível para as disparidades de câncer de mama, estágio clínico e sobrevivência é que as pessoas com baixo status socioeconômico sofrem maiores atrasos do provedor do que pessoas com alto status socioeconômico. Para acelerar o tratamento, muitas das pacientes custeiam o diagnóstico, enquanto àquelas que não têm condições e precisam esperar pelo Sistema Único de Saúde, o tempo de acesso ao tratamento aumenta consideravelmente (Silva, 2017), corroborando com a fala do entrevistado 5.

Depende muito de como é que a paciente fez pra definir diagnóstico, se ela está precisando, se tudo é SUS e se ela está precisando de um pra definição dos exames, vai ter um entrave aí e o tempo vai ser muito maior, se ela pode pagar o exame e vai procurar por demanda espontânea esse tratamento, na minha opinião acho que não demora, o tratamento em si, se ela já tiver a confirmação do diagnóstico, o entrave aí é a biópsia. (E5)

Monitoramento do tempo de espera no tratamento do câncer de mama

O tempo do diagnóstico ao tratamento permite o conhecimento e a fomentação de investigações locais com mais especificidades, de modo a subsidiar uma reflexão capaz de promover o adequado desempenho das ações de controle dessa neoplasia (Instituto Nacional do Câncer, 2015). Para isso, a rede deve estar organizada com o objetivo de proporcionar acesso equitativo, com qualidade e em tempo oportuno ao diagnóstico e ao tratamento. É papel da regulação assistencial monitorar o tempo de espera no acesso aos procedimentos que a paciente for submetida. Considerando a percepção dos usuários sobre o serviço prestado, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades (Brasil, 2013; Brasil, 2014; Donabedian, 1973).

A regulação assistencial na rede de oncologia do estado de Pernambuco regula via sistemas informatizados exames complementares, de forma a monitorar o tempo de espera, local e data dos exames, e se já foi realizado o procedimento. Este cenário muda quando partimos para o diagnóstico e tratamento do câncer, não há mecanismos regulatórios que permitam fazer o acompanhamento do itinerário terapêutico da paciente. Como podemos observar nas falas dos entrevistados 3 e 2 respectivamente: “*Quando é bem fragmentada, eu não tenho como dispor de dizer assim é “x” tempo para isso, “x” tempo para isso. Como tem essa fragmentação, eu não consigo dizer daqui se ele já iniciou tratamento.*”; “*Câncer de mama, não, a gente não regula [...] Químico e rádio não, porque químico e rádio é do*

estado.”

Problemas com a falta de acesso e de resolutividade é uma das mais importantes causas de progressão da doença, pois em 3 ou 6 meses, parte das neoplasias progredem para os estádios mais avançados da doença (Gebrim, 2016), corroborando com o estudo de Paiva (2013) realizado em uma das Unacon de Pernambuco, em que 72% das pacientes apresentaram-se em estádios avançados. O atendimento na rede primária de saúde é deficiente e faltam diretrizes para encaminhamentos (Gebrim, 2016), mas, esse é um problema que acontece em todos os níveis de complexidade, como podemos ver no relato do informante 5.

Eu acho que esse paciente que vai fazer quimio, que vai fazer radio... do seguimento, porque como a gente está na esfera municipal, a gente consegue acompanhar o paciente até onde ele no âmbito de unidade sob a gestão do município, quando ele passa pra gestão do estado, a gente não consegue acompanhar[...] mas como a oncologia não está sendo regulada pelo estado, quando eu digo regulada é ter um instrumento regulatório, que pode ser que eles tenham um sistema de regulação arcaico, que não é sistema de computação [sei lá], caderno ou planilha, mas que, como não tá via web, a gente não tem acesso, eu acho que a grande dificuldade é que a gente só consegue acompanhar a paciente até uma determinada fase, depois disso o paciente se perde... ou não se perde se a equipe for engajada, a equipe que eu digo é a equipe de saúde da família, que aí faz a busca ativa, mas aí fica muito a cargo de um paciente que tá passando por um momento de dificuldade pessoal, a gente não sabe como é que tá a cabeça dele, de lembrar de dar uma resposta, ele quer a princípio cuidar de sua saúde, eu acho é que o estado é quem tem que assumir, o estado que eu digo pode ser o município, federal ou ente federativo ou não ente federativo de assumir esse seguimento do paciente. (E2)

Foram apresentadas críticas dos profissionais sobre a forma de como é operacionalizada a regulação do acesso à paciente com câncer de mama, mas também à escassez de exames como a *Core Biopsy*, como se verifica no relato do informante 4.

Eu acho assim, em termos de município, a gente ter... para gente reduzir né mortalidade, morbidade... é a gente fazer o diagnóstico no município, hoje é assim, a suspeita, ela é tardia no diagnóstico, é aquela coisa, a rede não está toda integrada [...], então ela deveria ser uma rede mais integrada para poder chegar nesse diagnóstico mais rápido, o Recife ainda tem que avançar nas punções, a gente ainda não faz *Core Biopsy*. [...] em nenhum município tem. O hospital da mulher vai ter, como ele começou agora, a gente já tem mastologia lá, tem equipe, impacto tecnológico de primeiro mundo, a gente vai fazer, mas ainda não está operando mama lá, também não é o objetivo dele fazer isso lá, a gente tem onde mandar, então é só ter um diagnóstico o mais precoce possível, se eu precisar de uma *Core Biopsy*, a paciente não pode ficar “zanzando” por aí por demanda espontânea, isso tem que ser prioridade e ainda não é. [...] mas ainda é frouxo, no meu entendimento ainda é muito frouxo. (E4)

Sem regulação não há a garantia da equidade no acesso, norteados pelo critério da necessidade. Para um dos entrevistados, a inequidade no acesso ocorre com a inferência

pessoal ou da capacidade de deslocamento da paciente, esses meios que burlam as filas de espera podem prejudicar as pacientes que estão há mais tempo esperando pelo procedimento. Como podemos ver na fala a seguir;

Como é que se resolvem as coisas, a gente sabe como é que se resolver né? [...]Teve um caso por exemplo de parente de gestor, chegou, a mulher era jovem, fez ultrassom, não tinha nem indicação de mamografia, fez o exame, tinha tumoração, fez o ultrassom, precisou da Core Biopsy, a médica de lá era do Câncer, puxou a paciente para Câncer, mas não teve nenhum mecanismo correto[...]. (E4)

O processo de avaliação na melhoria da rede de alta complexidade em oncologia

É papel de todos os níveis de gestão monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no âmbito do SUS na rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2013). A organização da uma rede de alta complexidade em oncologia deve ser iniciada com a apresentação do Plano Estadual de Oncologia, elaborado em consonância com os critérios e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2014), esse documento representa um grande avanço na organização dos serviços prestados aos pacientes que câncer. Até janeiro de 2017, Pernambuco ainda não possuía Plano Estadual de Oncologia, conforme cita o entrevistado 6.

Em relação ao plano de oncologia, a gente fechou essa parte de diagnóstico assim, onde a gente tem e o que a gente precisa ter, essa parte a gente tá fechando agora [...] a gente está estudando, está em análise, mas a gente tem um prazo para entregar a rede até fevereiro de 2017, que já foi prorrogado, prorrogado, prorrogado, não sei se ainda vai ser prorrogado porque a aprovação da rede implica em recurso, na hora em que a gente vai aprovar uma rede e a gente diz, eu preciso de aprovar mais três Unacon, uma hipótese, dois eu posso esperar para 2020 [...]. E aí? Ele vai conseguir, não vai conseguir... porque para eu fazer o desenho, eu tenho que fazer até o desenho com isso, com ele, entendeu, então está dependendo disso e dependendo sobretudo da questão de fluxo, porque a menina da regulação só pode regular se eu disser o fluxo para ela. (E6)

A ausência do plano contribui para a desorganização da rede de oncologia e consequentemente prejudica a implantação dos fluxos assistenciais e controle na produção das Unacon/Cacon. Para um dos profissionais, o motivo do estado em apresentar o plano de oncologia está associado a dificuldade de traçar o perfil da população.

[...] a gente vê que tem estabelecimentos fazendo muito né, porque tem capacidade instalada, porque tem profissional e por uma série de coisas; e estabelecimento que ainda hoje não atinge a meta do Ministério, que a gente tá muito atento a isso, e assim trabalhando junto com eles para que eles atinjam as metas, porque o Ministério quando esteve aqui por mais de uma

vez, sinaliza que aqueles que não estão atingindo as metas preconizadas poderão vir a ser desabilitados, é difícil né, porque minimamente eles atendem alguma coisa, aí você tirar o mínimo é difícil, mas você precisa produzir mais, e aí a gente está tentando ver como fazer e assim, puxando mesmo para que as regiões as macrorregiões assumam lá os seus pacientes. [...] A gente está trabalhando cruzado, mas a gente está fazendo esse desenho inclusive com o perfil epidemiológico por Macrorregião, a gente estava com o perfil epidemiológico de habitantes de abril do ano passado de número de casos por Macro que quem faz isso é a Vigilância e aí ela está atualizando para mim o perfil epidemiológico atual, porque uma das coisas que a portaria quer é definir população onde será atendida. (E6)

As falas indicaram que o descontrole de produção entre os estabelecimentos de saúde pode ser do resultado da (des)organização da própria política estadual de oncologia, que não consegue avaliar todos os serviços, corrigindo as falhas adequadamente. “*A cobrança, essa cobrança maior, eu acho que vai ter, quando a gente tiver essa política toda concretizada e realmente tiver uma política estadual, que hoje não se tem.*” (E5) Os gestores devem conhecer a estrutura da sua rede, estabelecendo os fluxos que controlem a entrada e saída dos pacientes nas Unacon/Cacon. É preciso que os “vazios” existentes na estrutura apresentada por algumas Unacon sejam corrigidos. O Estado está ciente do não cumprimento de produção de algumas Unacon que fizeram parte do estudo. Para um dos profissionais, o próprio Ministério da Saúde já chamou atenção dos gestores, e que mesmo com históricos de baixa produção, nunca ouviu falar que alguma Unacon foi desabilitada pelo não cumprimento. Como citado a seguir pelo entrevistado 6.

A gente tem chamado frequentemente, até às vezes o próprio secretário já chamou, insiste, mas algumas unidades continuam repetindo e a desabilitação deverá ser solicitada pela secretaria ou o próprio Ministério fazer lá, mas até o momento, acredito eu com a aprovação das redes, isso vai começar a acontecer né. Até hoje eu não vi assim ninguém no Brasil, não conheço alguém que tenha sido desabilitado porque não atingiu a produção, entendeu? Mas, eu, na minha opinião, com esse advento de todo, todas as redes aprovadas no país inteiro [...] acredito que vai se cobrar mais desse pessoal. [...] a gente precisa de fazer controle da produção, Por que está fazendo? Por que não está fazendo? O que está havendo? Por que que está faltando? (E6)

A falta de estrutura apresentada por algumas Unacon na rede de oncologia de Pernambuco, indicam uma deficiência na avaliação desses serviços. Como não há punições pelo descumprimento das metas de produção, o hospital consegue continuar com a habilitação sem nenhum prejuízo. Em Pernambuco há necessidade de mais hospitais habilitados em serviço de oncologia, mas antes de habilitar novos hospitais é preciso que os já existentes funcionem e produzam adequadamente.

O INCA está muito atento a isso, entendeu, essa questão da gente ver como fazer esses Unacon funcionarem, e essa é minha preocupação, abrir mais? Fui uma oficina ano passado em Brasília que tem, tinha estado pedindo para abrir 20 Unacon, como pela população, que é muito fácil, é uma conta matemática [...] Mas, não é assim... isso não funciona desse jeito. Então eu vou pedir

para abrir mais? Eu tenho recursos humanos que vai me dar suporte pra isso? Eu tenho exames para me dar suporte para isso? Eu tenho estrutura física? Eu tenho TI para me dar suporte para isso? Então... são... uma coisa assim, muito séria, porque um Unacon para 500 mil habitantes, aí o cara faz uma continha e você precisa de 10, eu não faço a conta desse jeito, eu preciso que os que eu tenho hoje funcionem, me dê a produção que eles devem me dá, e aí a gente, futuramente rever, Por isso que a minha proposta é um, um... eu não sei nem se eu proporia mais um na IV, mais um na II Macro, ou eu preferia que os dois da II Macro funcionassem, talvez se eles funcionassem eu não precisasse de mais nenhum, entendeu. (E6)

Em uma das falas foi mencionado, como deveria ser o processo para as Unacon que apresentam produção insuficiente regulamente.

[...] acho que a gente tem que fortalecer o que está fazendo ou não fortalecer, se você não está fazendo não vai fazer, não tem perfil, então a gente vai botar outro, tudo bem, pode ser, entendeu, na minha leitura, tudo o que estou falando é na minha leitura, porque o secretário [...] ele pode ter uma leitura diferente, é porque a gente não sentou ainda né, para discutir, porque isso é uma coisa que precisa ser bem discutida. (E6)

Portanto, as possíveis soluções relacionadas aos estabelecimentos de saúde que não conseguem cumprir com a produção mínima e estratégias para uma melhor avaliação dos serviços devem ser refletidas pelos gestores. Um dos profissionais entrevistados, mencionou que o deslocamento das pacientes para fazer o tratamento na capital é desnecessário em grande parte dos casos e esse problema é devido a falta de controle da própria regulação assistencial dos municípios de origem da paciente, pois o câncer de mama como uma das neoplasias mais prevalentes deve ser tratado em todas as Unacon.

Ter um TFD **[Tratamento fora do Domicílio]** de lá para Recife, de várias regiões para Recife. Muito grande de TRS, eu sei que a gente tem, mas a gente deve ter em oncologia também, e aí o Ministério é muito claro, ele chegou aqui e disse, “- Se vocês entendem que o recurso de vocês deve ser gasto todo com TFD para Recife, é uma escolha, eu não concordo com isso”. Então, eu preciso ter Unacon nas regiões que eu não precisava gastar com TFD, deveria investir o dinheiro do TDF dentro da própria região, e é o que vai ter que existir por exemplo, tem paciente de Agrestina que para vir para Caruaru, ele tem que ter o TFD, mas é diferente de ele vir para Recife entendeu, então tem uma coisas aí na rede que a gente precisa e ainda nem chegou à discussão, porque primeiro eu preciso definir como que vai ficar isso, essa definição de população para regular, para chegar no TFD, porque não é fácil também. O TFD gosta muito de vir para capital, e vai ter, não vai deixar de existir, claro que vai ter que vir, por exemplo um tumor de cérebro, lógico que esse tumor vem pra Recife, até porque é uma prerrogativa do secretário dentro da própria portaria definir quem vai tratar neuro, cabeça e pescoço, tem outra coisa, pediatria, pediatria ele tem que ter a habilitação em oncologia pediátrica né, mas cabeça e pescoço não tem um local na portaria que diz, mas tem um prerrogativa que a secretaria vai dizer quem é que vai fazer cabeça e pescoço e neuro em pediatria, isso é muito claro na portaria, então é uma decisão da secretaria. (E6)

Para o Ministério da Saúde, o ideal é que o estado e os municípios organizem suas estruturas a fim de oferecer o maior número possível de serviços dentro da região em que reside o paciente. Em Pernambuco, muitas pacientes saem do interior para fazer o tratamento na capital, quando poderiam fazer em hospitais mais próximos à sua residência. Se estes disponibilizassem de estrutura suficiente e adequada, além de diminuir as barreiras de acesso, também reduziria os gastos com o próprio TFD.

Tratamentos como o de câncer, por demandar tecnologia de alta complexidade, a maioria dos hospitais habilitados estão localizados nos grandes centros urbanos. No estudo de Baad et al., (2011) pacientes oncológicos que residem a mais de 100 km de uma instalação de radioterapia são mais propensos a morrer, do que os que vivem dentro de 50 km de uma instalação desse tipo. Jong et al., (2004) afirmam que houve diferenças estaticamente significativas sobre o risco relativo de morte em todos os cânceres. A má distribuição de pacientes nos centros de referência aumenta as barreiras geográficas. No estudo de Silva (2017) as pacientes viajaram em média 80,84 km e 162,14% para fazer a quimioterapia e a radioterapia respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste estudo derivam da dissertação de mestrado, cuja coleta e análise de dados foram realizadas em 2016, abordando informações sobre a regulação assistencial na rede de alta complexidade oncológica em Pernambuco. Essas conclusões têm o potencial de orientar uma abordagem coordenada por parte do sistema de saúde, do governo, dos profissionais de saúde e da população, visando aprimorar o acesso, investir em infraestrutura e assegurar que os pacientes recebam tratamento oportuno e de alta qualidade. Isso ocorre mediante a observação das mudanças implementadas nos serviços e a identificação dos desafios persistentes na Rede de Atenção à Saúde.

A abordagem qualitativa deste estudo revelou fragilidades na regulação dos serviços de alta complexidade no tratamento do câncer em Pernambuco, destacando a ausência de uma regulação específica para o acesso de pacientes com câncer de mama. Observou-se uma procura espontânea como principal meio de acesso ao tratamento da neoplasia maligna de mama. O propósito deste trabalho é oferecer insights para aprimorar a qualidade da assistência prestada às mulheres com câncer de mama nos serviços de oncologia habilitados, considerando o atual cenário da regulação de acesso e identificando fatores que impactam negativamente essa assistência. Os resultados visam fornecer orientações para profissionais envolvidos no planejamento e gestão de serviços de saúde. A falta de regulação assistencial no tratamento do câncer contribui para uma menor transparência no acesso das pacientes aos serviços. Nossas descobertas enfatizam a necessidade de investir em estudos de avaliação mais abrangentes, a fim de gerar novos conhecimentos e aprofundar o debate nessa área.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Rodrigo C. A.; VILELA, Mirella B. R. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 2, n. 26, p.420-422, 2014.
- BAADE, Peter D. et al. Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. **Medical journal of Australia**, Sydney, v. 195, n. 6, p. 350-354, 2011.
- BADUY, Rossana S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.295-304, 2011.
- BAIRATI, Isabelle et al. Determinants of delay for breast cancer diagnosis. **Cancer Detection and Prevention**, New York, v. 31, n. 4, p.323-331, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, Mauricio L.; GUIMARÃES, Reinaldo. Epidemiologia e ações regulatórias nas áreas da saúde e do ambiente. In: ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 678-686.
- BRASIL. Portaria MS/GM Nº 1559, de 1º de agosto de 2008. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 ago. 2008. Seção I, p. 48.
- BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mai. 2013. Seção 1, p.129-132.
- BRASIL. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.42, 28 fev. 2014. Sessão 1, p. 71.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Relator Ministro José Jorge. Brasília: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.
- CAVALCANTI, Ronald P.; CRUZ, Danilson F.; PADILHA, Wilton W. N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 22, n. 2, p.181-188, 2018.
- CAZAP, Eduardo et al. Structural barriers to diagnosis and treatment of cancer in low-and middle-income countries: The urgent need for scaling up. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 34, n. 1, p. 14-19, 2016.
- Coelho, Ricardo C. **Estado, governo e mercado**. Brasília: Capes; 2009.
- CUNHA, Claudio B. Regular para garantir acesso: Uma complexa rede de regulação da assistência contribui para a equidade e o acesso democrático no Sistema Único de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Revista Rede Câncer**, Rio de Janeiro, n. 10. p. 36-38, 2010.
- CRAMPTON, Peter; HOEK, Janet; BEAGLE- -HOLE, Robert. Leadership for health: developing a canny nanny state. **The New Zealand Medical Journal**, Christchurch, v. 124, n. 1.329, p. 66-72, 2011.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Boston: Harvard University Press; 1973.

GEBRIM, Luiz H. A detecção precoce do câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p.32-35, 2016.

HARTZ, Zulmira M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.331-336, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Monitoramento das ações de controle de controle do câncer de mama: Linha de cuidado e rede de Atenção ao câncer de mama. **Boletim**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 3, set./dez. 2015.

JONG, Katharine E. et al. Remoteness of residence and survival from cancer in New South Wales. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 180, p. 618-622, 2004.

KURUNMAKI, Liisa; MILLER, Peter. Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision. **Health, Risk & Society**, London, v. 10, n. 1, p. 9-21, 2008.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2307-2316, 2010.

MENICUCCI Telma M. G. **Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2005. 152p

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p.317-326, 2011

OLIVEIRA, Robson Rocha de. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1198-1208, dez. 2014.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.571-576, jun. 2012

PAIVA, Christiano J. K. **Câncer de Mama no Hospital de Câncer de Pernambuco: Perfil Sociodemográfico e aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento**. 102fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

SALTMAN, Richard B.; BUSSE, Reinhard. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector. In: SALTMAN, Richard B.; BUSSE, Reinhard; MOSSIALOS, Elias. **European observatory on health care systems: regulating entrepreneurial behavior in european health care systems**. Philadelphia: Open University Press; 2002. p.3-52

SILVA, Rosalva R. **Avaliação da rede de atenção oncológica de alta complexidade no tratamento de mulheres com câncer de mama no estado de Pernambuco**. 194fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, Ligia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008. p. 183-237.

UNGER-SALDAÑA, Karla. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. **World Journal Of Clinical Oncology**, New York, v. 5, n. 3, p.465-477, 2014.

VILARINS, Geisa C. M.; SHIMIZU, Helena E.; GUTIERREZ, Maria M. U. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. **Saúde em Debate**, Brasília, v. 21, n. 1, p.81-84, 2010.