



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional

O SISTEMA DE REGULAÇÃO CENTRADO NO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA ANÁLISE DOS ENTRAVES PARA EFETIVAÇÃO DO TRATAMENTO

Anelysse Barbosa Raulino¹

Resumo: Trata-se de um relato de experiência da atuação do assistente social em Hospital Oncológico. Analisa barreiras para o acesso aos serviços encontrados por usuários acometidos por câncer através da compreensão do funcionamento do sistema de regulação. Discute os entraves nos encaminhamentos, com o intuito de disponibilizar propostas para contribuir no processo de efetivação do direito à saúde.

Palavras-chave: Oncologia. Acesso aos Serviços de Saúde. Regulação do Acesso.

Abstract: This is an experience report of the social worker's role in Oncology Hospital. It analyzes barriers to access to services encountered by users suffering from cancer through an understanding of the functioning of the regulation system. It discusses the obstacles in the referrals, with the purpose of making proposals available to contribute to the process of realizing the right to health.

Key words: Oncology. Access to Health Services. Access Control.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico do câncer na população tem crescido nos últimos anos. Caracterizado como uma enfermidade universal, ele pode manifestar-se em qualquer grupo, independentemente da classe social, sendo a segunda doença que mais mata em todo o mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2012).

Para o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as taxas crescentes de mortalidade deve-se a sua descoberta tardia que diminuem as chances de cura, por isso, a importância do diagnóstico precoce, bem como a continuidade do cuidado, oferecendo condições adequadas para tratamento e cura.

Com base nas informações supracitadas, em 2012, realizei uma pesquisa de natureza qualitativa baseada na perspectiva crítico-dialética, objetivando apreender os fatores que implicavam na descoberta tardia do câncer de mama em mulheres. O estudo revelou que a demora em relação ao diagnóstico está relacionada aos seguintes determinantes: medo e descuido diante do exame preventivo, falta de conhecimento acerca do autoexame, despreparo profissional necessário para o diagnóstico e acompanhamento da doença, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e demora para a realização de

¹ Profissional de Serviço Social, Instituto do Câncer do Ceará, E-mail: anelysse.85@gmail.com.

exames, sendo os dois últimos os mais significativos para o agravamento da enfermidade (RAULINO,2012).

Sabe-se que o paciente do Sistema Único de Saúde (SUS), necessita de um acompanhamento regionalizado e hierarquizado, conforme os princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (8080/1990). Para tanto, a referência e contrarreferência² permitem que esse princípio seja efetivado, pois oferecem condições para efetivar um acompanhamento entre os níveis de atenção em saúde adequadamente. No estudo supramencionado (em relação à referência e contrarreferência), foi explicitado como fatores coadjuvantes para a demora do diagnóstico, a ausência de estrutura do sistema de saúde, o qual acarreta o não oferecimento do suporte adequado para a demanda e a pouca resolutividade do sistema.

Desse modo, percebe-se que embora os princípios e as diretrizes do SUS, vigentes desde 1990, através da Lei Orgânica da Saúde estabeleçam critérios para fornecer a população um acesso rápido, eficaz e humanizado, na prática isso não consegue se materializar devido a inúmeros fatores. Um destes é a fragmentação dos serviços de saúde que interfere na integralidade, dificultando todo o processo para a disponibilização da assistência.

Em 2008, através da portaria Nº 1.559/GM aprovada em 1º de agosto, foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS visando um acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, através da organização da rede e fluxos assistenciais. Em 2011, o Decreto 7508/2011, vem afirmando que para assegurar a assistência e permitir a continuidade do cuidado, é necessário ofertar regionalmente e de forma monitorada as ações e os serviços de saúde, orientando e ordenando seus fluxos. (BRASIL, 2008); (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar destes avanços na Política de Saúde ainda se percebe uma superlotação nas Unidades de Atendimento, o que tem contribuído para a formação de uma enorme lista de espera constituída por usuários, que na maioria dos casos, aguardam pela realização de exames para o diagnóstico de doenças, ou que tratem sobre sua evolução.

Em se tratando de pacientes com câncer, este tempo de espera se torna angustiante, pois a doença possui rápida evolução se não for tratada precocemente, podendo conduzir o paciente a óbito.

2 O Sistema de referência e contrarreferência é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral dos usuários (BRASIL, 2011).

Os usuários que utilizam o serviço público de saúde aguardam meses para receberem um diagnóstico, situação esta que se repete quando eles necessitam de exames complementares e/ou complexos. Assim, essa dificuldade apontada pode trazer consequências agravantes para o quadro clínico apresentado, considerando que muitos falecem e não conseguem sequer iniciar o tratamento, e às vezes o óbito ocorre sem a descoberta do diagnóstico devido à demora e dificuldade de realizar os exames. Outros interrompem a continuidade do tratamento devido à dificuldade de acesso aos exames complementares que fazem parte do processo de estadiamento da doença.

Dessa forma, cresce-se minha atuação como assistente social, em um hospital oncológico de Fortaleza – Ceará, onde diariamente deparo-me com a angústia de pacientes e familiares em busca de meios para a efetivação de um tratamento adequado para uma das doenças mais temidas de nossa sociedade. Neste espaço, presencio diariamente cenas de pacientes e familiares sendo negligenciados por seus municípios, que omitem transporte e assistência durante o tratamento. Acompanho famílias se unindo para conseguir custear um tratamento dispendioso e desgastante em virtude de um Estado omissor com suas responsabilidades, seja por conta da demanda extremamente exacerbada, ou pelo contexto de desresponsabilização e de redução de custos por parte do Estado. Assim, assisto pacientes que são abandonados pela família e buscam o tratamento sozinhos, lutando contra o câncer, contra a fome e contra a solidão. Por vezes, deparo-me com cenas de desespero, de angústia, de tristeza e de medo daqueles que largam família, casa e cidade em busca da cura.

Diante da realidade, como a espera dos usuários questiona a efetividade da Política Nacional de Humanização? É oportuno considerar tempo/cuidado na avaliação de qualidade dos serviços? Quais os obstáculos vivenciados pelos usuários acometidos por câncer para a obtenção de exames que necessitam do sistema de regulação para serem realizados?

Sabe-se que a Política Nacional de Regulação prevê a operacionalização da regulação do acesso, mediante a ação de complexos reguladores para proporcionar uma rede de cuidado integral e equitativo de forma ágil e qualificada. Mas na prática será que esse cuidado integral e equitativo realmente está sendo garantido?

Considerando o exposto, este estudo tem o objetivo de, na sua totalidade, apreender as barreiras encontradas pelos usuários acometidos por câncer para o acesso aos serviços de saúde. Desse modo, enfatizar os entraves que prolongam o tempo de espera é trazer à tona situações que muitos pacientes vivenciam no percurso de um tratamento oncológico. Assim, a pesquisa torna-se relevante, uma vez que as publicações sobre esta temática são

restritas, sendo necessário ampliar o debate entre profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS acerca da regulação de acesso.

Nesta direção, buscou-se subsídios para a compreensão de como o sistema de regulação funciona e qual sua atribuição e contribuição na articulação dos três níveis de atenção em saúde. De tal modo que foram identificadas propostas para uma melhoria no âmbito da assistência, otimizando o acesso aos serviços e garantindo a efetivação dos direitos estabelecidos em lei sobre a Política de Saúde.

METODOLOGIA

O processo de investigação é oriundo de apreensões realizadas durante o fazer profissional do Serviço Social em uma Instituição Oncológica, situada no município de Fortaleza/Ceará.

Assim, buscou-se trazer à tona os nós críticos encontrados a partir das abordagens cotidianas vivenciadas, tendo como critério de inclusão aqueles relacionados aos entraves que dificultavam o acesso e que burocratizavam o sistema de regulação.

Dessa forma, optou-se pelo relato de experiência por ser este caracterizado como o tipo de estudo capaz de descrever as ações realizadas e, assim poder permitir uma discussão crítica acerca das situações apresentadas. Foi por esta razão que não se cogitou outro tipo de estudo para relatar, de forma crítica, tão significativo e rico processo de aprendizagem.

Para apreensão do real, utilizou-se como estratégia de aproximação com o objeto de estudo a observação participante, por fim, realizou-se a descrição dos fatos e em seguida uma interpretação crítica da experiência vivenciada à luz de autores com discussões pertinentes ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência do adoecer por câncer e os itinerários para o acesso

Os casos de câncer vêm crescendo consideravelmente no decorrer dos anos, manifestando-se em um número significativo de pessoas e se caracterizando como um problema de saúde pública (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Esse atributo se dá por dois motivos: o aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer que possui relação direta com o crescimento demográfico, o envelhecimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico; e o desafio que isso

representa para o sistema de saúde no sentido de se garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento (OLIVEIRA et al, 2011).

Para Batista et al (2015), a magnitude e o impacto social provocado pela doença em toda a sociedade o tornam um problema de saúde pública. Fato este que o coloca como objeto central de várias pesquisas que discutem acerca do planejamento e monitoramento das ações para controle, prevenção, detecção precoce e tratamento.

De acordo com o INCA (2016), é fundamental o monitoramento da morbimortalidade por câncer, pois permite o estabelecimento de estratégias de prevenção, do controle e dos fatores de risco para a doença. Acredita-se que a partir do conhecimento da situação e do impacto dos casos na população, as informações colhidas serão oportunas para futuras decisões na gestão da saúde.

Neste contexto, analisar o fluxo de acesso de pacientes oncológicos, orientado pelo sistema de regulação, torna-se essencial para esse processo. Portanto, conhecer e compreender os entraves percorridos pelos pacientes para obtenção de exames é condição necessária para propor intervenções que possibilitem a melhoria dos serviços de saúde oferecidos.

Para Clares, et al (2011), a análise dos fatores que dificultam os processos regulatórios é capaz de criar subsídios para as melhoras dos pontos classificados como sensíveis e impeditivos para uma oferta de cuidado otimizada e humanizada.

De acordo com Mesquita (2002), o processo de regulação ainda é incipiente, sendo indispensável o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes, como o desafio de entender a natureza dessa regulação, seus avanços e limites, a dimensão da organização do subsetor, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações. A compreensão do modelo assistencial praticado só se faz na medida em que se entende o processo de regulação existente.

Desafios e apreensões: o cotidiano como campo de exploração

Ao atuar diante de pacientes e familiares em uma Instituição Oncológica, o cotidiano profissional torna-se desafiador. Uma vez que certas condutas ficam impraticáveis devido a forma que o sistema de saúde se organiza e efetiva seu cuidado. É necessário portanto uma compreensão ampliada acerca dos serviços de saúde disponíveis, a fim de viabilizar intervenções que contribuam com a melhoria da qualidade de vida do paciente. Nesse contexto, os questionamentos sobre as situações em que a demora em realizar os procedimentos se apresenta como um caso de negligência e descaso diante do sofrimento e

da dor dos usuários e seus familiares, tornam-se essenciais para a melhoria de nossa atuação.

Para Merhy, et al, (2013), apesar dos municípios terem ampliado sua oferta de ações e serviços, não existe uma rede contínua de cuidados integrais. Fato este que contribui para uma desintegração das diferentes etapas de atenção. Portanto, a formação de novos arranjos torna-se indispensável para a continuidade da atenção, favorecendo a integralidade do cuidado.

De acordo com Feverwerker e Merhy (2008), a falta de articulação entre os diferentes níveis de complexidade é agravada em decorrência do financiamento e da organização acontecerem devido a lógicas distintas, implicando em: limitada resolubilidade, descontinuidade, desresponsabilidade, retrabalho e perda de qualidade da atenção prestada ao usuário. Baseando-se nisso, compreende-se o quanto é difícil materializar o critério de descentralização e hierarquização.

Contudo, apesar do cunho político de replanejamento do sistema de saúde para Dowbor (1999) apud Brandão et al 2012, a descentralização não passa de uma estratégia de favorecimento da desresponsabilização do Estado.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os municípios devem estar agrupados em microrregiões ou regiões de saúde³ estruturadas, baseando-se em suas características socioeconômicas e culturais, levando em consideração a existência de redes de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde.

Superar barreiras sociais, econômicas e psicológicas se torna comum para pacientes com câncer. De acordo com Oliveira (2011), tanto a proximidade quanto a distância percorrida pelo paciente devem ser consideradas no tratamento. A primeira por interferir na precocidade do diagnóstico e a segunda por exigir repetidas visitas aos serviços de saúde para atendimento ambulatorial e internação.

Para Silva (2000), avaliar o acesso aos serviços básicos de saúde é uma tarefa que extrapola os estudos acerca da demanda, necessitando, portanto, adentrar nos indivíduos que não se encontram no sistema, identificando os focos de exclusão e compensando as diferenças existentes.

Muitas vezes, a demora por atendimento somada à ansiedade gerada pela espera por uma consulta pode levar ao agravamento de um estado patológico primário. Devido a

3 Entende-se por Região em Saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitada a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

esse fato, muitos usuários optam pela busca por atendimentos em serviços de saúde particulares (ASSIS; VILA; NASCIMENTO, 2003).

Sobre isso Lima et al (2013) aborda que o sistema de regulação necessita de melhorias que concerne ao seu funcionamento, proporcionando ampliação de sua divulgação para a população e para os profissionais, além de demandar maiores investimentos em estrutura, equipamentos e, principalmente, na capacitação de recursos humanos.

Regulação: dispositivo impulsor da integralidade e do cuidado

Diante dos fatos ora apresentados, observei que a temática é pouco discutida apesar de ser essencial sua compreensão para contribuir na melhoria e otimização do acesso. A implantação do sistema de regulação, sem dúvida, foi essencial para melhorias do acesso, tanto nos aspectos concernentes a ampliação, quanto àqueles que envolvem estratégias para operacionalizar o sistema de referência e contrarreferência. Porém, alguns pontos necessitam ser aperfeiçoados.

Ressalta-se que, a regulação é considerada um importante instrumento de gestão, buscando garantir a assistência integral do usuário. No conceito mais restrito, é entendida como a compatibilização de oferta e serviços assistenciais. Por outro lado, é discutida entrelaçando conceitos relacionados à fragmentação do cuidado e a dificuldade de acesso a serviços e procedimentos.

Essas definições possibilitam novas reflexões sobre a realidade vivenciada pelos usuários nos serviços de saúde, permitindo um replanejamento do sistema que seja capaz de visualizar as necessidades de saúde da população e não somente a disponibilidade da oferta dos serviços.

Nesse cenário, a regulação se tornou o centro da organização do sistema de saúde para oferecer uma atenção integral conforme preconiza a Lei 8080/90. É importante salientar que não se trata de serviços disponibilizados em pirâmide, mas sim, em rede.

De acordo com Mendes (2011), essa nova organização ultrapassa a concepção de hierarquia, tornando-se poliárquica, constituindo-se de forma horizontal, com pontos de atenção a saúde, de distintas densidades e sistema de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles.

Para Cohn et al (2008), essa rede de serviços de saúde que garante o acesso da população, concretizando o seu direito a saúde é de responsabilidade do Estado e das políticas que ele formula. “Em contrapartida, a utilização efetiva realizada pela população é

função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada” (p.86).

Nas observações realizadas durante o cotidiano profissional, tornam-se perceptíveis as lacunas existentes nos caminhos dos pacientes na rede estabelecida, onde em determinadas situações esta não foi nem visualizada, principalmente, quando se tratava de usuários do interior do Estado. Pois não havia uma linha de cuidado estabelecida e se havia, esta não era seguida, o que colaborava para questionamentos diante do fluxo e da melhor escolha para o atendimento.

Conill e Fausto (2012) afirmam que a limitação da assistência integral, dá-se em decorrência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência fragilizada. Assim, preconizam a ampliação da rede básica como critério para melhorar a acessibilidade geográfica aos serviços.

Para Cabral Nunes, Lima, Cabral Oliveira (2011), as longas filas de espera são decorrentes de demandas exacerbadas sobre insuficientes recursos assistenciais. Neste sentido, efetivar um atendimento integral perpassa critérios que tratam tanto da organização dos serviços disponíveis quanto do fluxo do usuário no acesso, sendo necessárias mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica até chegar aos atendimentos mais complexos.

Segundo os autores supracitados, a contrarreferência é inexistente, o que acarreta a descontinuidade no cuidado, sendo as informações da terapêutica narradas pelos próprios usuários, que por falta de conhecimento geralmente relatam de forma errônea e/ou incompleta. Ainda afirmam que a atenção básica e a vigilância em saúde trabalham individualmente e não de forma articulada.

Ao nos debruçarmos em cenários que envolvem a espera por consultas tendo estes como protagonistas pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas, como o câncer, os resultados e consequências são ainda piores devido à evolução rápida da doença muitas vezes levando o paciente ao limiar da morte. Como foi observado nos estudos de RAULINO (2012) ao pesquisar as causas para o diagnóstico tardio.

Além disso, quanto mais restrito é o acesso, mais dificultoso se torna o atendimento. Contudo, se a atenção primária está na base, sua atuação deve ser maior em relação aos outros níveis e por outro lado o seu acesso deve ser facilitado. Sobre isso, Conill e Fausto (2012) afirmam ser a APS o centro de comunicação e coordenação na produção do cuidado e atendimento integral do indivíduo.

É por esta razão que Teles (1999) ao discutir sobre direito à saúde aborda que não se pode afirmar sobre a existência de um direito se este não possui condições de ser

efetivado na prática. Portanto, não adiantar criar leis, é preciso oferecer condições para que elas aconteçam (BOBBIO, 1992).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa se propôs a descrever as barreiras para o acesso aos serviços de saúde de usuários acometidos por câncer. Nesse sentido, utilizou-se das percepções adquiridas durante vivência cotidiana do Serviço Social em um hospital oncológico de Fortaleza – CE.

Nesta investigação, lançou-se o olhar sobre os fatores que imbricavam para a demora do atendimento, a partir do entendimento da trajetória terapêutica do paciente e os fatores necessários para seu encaminhamento através da central de regulação. Dessa forma, levou-se em consideração as experiências vividas e as situações observadas, as quais trouxeram significativas apreensões acerca da rede de serviços de saúde oferecida, bem como, da articulação existente entre os níveis de complexidade do sistema de saúde.

A partir dessa proposta investigativa, possibilitou-se a ampliação do debate acerca da regulação, por meio da compreensão das dificuldades presenciadas pelas equipes, identificando novos modos de lidar com o processo do cuidado nos marcos da integralidade.

O que fica expresso nesse estudo é que se faz necessário o fortalecimento das redes de assistência em saúde mediante uma articulação para a efetivação dos processos de referência e contrarreferência.

A partir desta análise, compreende-se que no cenário atual, a central de regulação se caracteriza como um dispositivo de avanço para o acesso às ações e aos serviços de saúde. Entretanto, é oportuno e válido ressaltar a grande dificuldade referente à ausência de estrutura adequada para o aprimoramento das ações.

Por outro lado, as políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral.

Deste modo, este trabalho não pretende esgotar a discussão referente ao tema, mas tão somente, trazer elementos para alimentar o debate em torno da questão, possibilitando outros estudos e o desenvolvimento de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M.; VILA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciências saúde coletiva**. 2003, p. 815-23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em: jan. 2019.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M. de.; SILVA, S. F. de. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **RevEnferm.** UFSM, 2015 jul./set.; 5(3):499-510. Disponível: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/15709/pdf>>. Acesso em: jan. 2019.

BRANDAO, I. C. A. et al. Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**.v. 16, n. 3, p. 347-352, 2012. Disponível em:<<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/12799/8164>>. Acesso em: jan./2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC00000000125646.PDF>>. Acesso em: fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Humaniza Sus**. Referência e Contrarreferência. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/131>>. Acesso em: abr. 2019.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: abr. 2019.

_____. **Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: fev. 2019.

_____. **Portaria 1.559/GM**, de 01 de agosto de 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/regulacao/arquivo/1493/legislacao>> Acesso em: jan. 2019.

CABRAL, A. L. N.;LIMA, H. D. R. de;CABRAL, H. L. de O. **Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde no controle da hipertensão arterial no município de Correntes**. Pernambuco, 2011. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.jmphc.com%2Ffojs%2Findex.php%2F01%2Farticle%2Fdownload%2F19%2F19&ei=NJ8GU4fTPNSysQSDioCIAQ&usq=AFQjCNET>>

TxqO3U3ETgOKrT_bBNvXaulYg&sig2=G8ES1NJ9J_XnUg-4rqEb-A>. Acesso em: jan. 2019.

CLARES, J. W. B. et al. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Rev enf. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011, out/dez. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a17.pdf>>. Acesso em: mai. 2019.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília, 2007, p.174. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro10.pdf>. Acesso em: jun. 2019.

CONILL, E. M.;FAUSTO M. C. R. Integração dos profissionais em redes regionalizadas de serviços: sobre conceitos, estratégias e alguns impasse. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1122/1036>>. Acesso em: abr. 2019.

FEVERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Pública**, 2008; 24;180-8. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. Acesso em: jan. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa de incidência de Câncer em2016 no Brasil**. 2016. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: ago. 2016.

LIMA, M. R. M. et al. Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Rene**. 2013; 14(1):23-31. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3319>>. Acesso em: mai. 2019.

OLIVEIRA, E. X. G.de, et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso de câncer de mama. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, fev. 2011, p.317-326. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200013>. Acesso em: ago. 2018.

RAULINO, A. B. **Entre o limiar da morte e a trajetória pela vida**: a história de vida de mulheres com câncer de mama. UECE: Fortaleza, 2012.

SILVA, N. N. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Rev. Saúde Pública**, 2000, p. 44-49. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24979>>. Acesso em: abr. 2019.

TELLES, V. S. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C.O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.