

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Fernando Lopes Tavares de Lima

Política e atenção ao câncer bucal no Sistema Único de Saúde

Rio de Janeiro
2020

Fernando Lopes Tavares de Lima

Política e atenção câncer bucal no Sistema Único de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Gisele O'Dwyer

Rio de Janeiro
2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L732p Lima, Fernando Lopes Tavares de.
Política e atenção ao câncer bucal no Sistema Único de Saúde /
Fernando Lopes Tavares de Lima. — 2020.
151 f. : il. ; graf. ; tab.

Orientadora: Gisele O'Dwyer.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Política de Saúde. 4. Serviços de Saúde Bucal. 5. Neoplasias Bucais.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.994

Fernando Lopes Tavares de Lima

Política e atenção câncer bucal no Sistema Único de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Aprovada em: 25 de março de 2020

Banca Examinadora

Dra. Simone de Queiroz Chaves Lourenço
Universidade Federal Fluminense

Dr. Ruben Araújo de Mattos
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Dra. Cristiani Vieira Machado
Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Dra. Mariana Vercesi de Albuquerque
Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Dra. Gisele O'Dwyer (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Rio de Janeiro
2020

Aos meus pais, por todo esforço e tempo dedicados.
À Telma pela luz que ilumina minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Gisele O'Dwyer, pela delicadeza de ter me adotado, pela calma que me proporcionou, pela curiosidade que me instigou, pelos conhecimentos que me proporcionou e pelas doces palavras que me orientaram por esse caminho.

Aos meus queridos colegas de turma com os quais compartilhei inesquecíveis momentos de aprendizado coletivo.

Aos meus colegas de INCA, por todo apoio nos momentos em que tive que estar ausente.

Aos docentes do programa por toda dedicação e competência a serviço de uma saúde pública gratuita e de qualidade.

À banca de qualificação e de defesa pela gentileza e qualidade das contribuições.

Aos gestores e profissionais participantes dessa pesquisa que gentilmente dedicaram seu tempo e conhecimento para a construção desse trabalho.

Enfim, a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a conclusão dessa tese.

(...) o que dá o verdadeiro sentido ao encontro é a busca e é preciso andar muito para se alcançar o que está perto.

Saramago, 2014, p. 698.

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) direcionam as ações e serviços de saúde relacionados com o diagnóstico e o tratamento do câncer bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de alguns avanços proporcionados por essas políticas, o quadro epidemiológico dessa enfermidade permanece o mesmo ao longo dos anos, com alta taxa de letalidade pela doença. O objetivo dessa tese foi compreender o processo de estruturação da rede de atenção à saúde voltada aos usuários com câncer bucal. Para tanto, foram realizadas três diferentes análises: (1) análise da PNPCC e da PNSB, no que se refere ao processo de implantação e implementação dos componentes assistenciais relacionados ao câncer bucal; (2) análise do papel da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) na facilitação do acesso dos usuários às ações de prevenção e controle do câncer bucal no âmbito do SUS; (3) análise dos fatores cotidianos dos serviços de saúde que intervêm sobre o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Utilizando-se da Teoria da Estruturação de Giddens como referencial analítico, buscou-se a integração de diferentes métodos e técnicas para o alcance desses objetivos. Foram incluídas 10 (dez) normativas nacionais, publicadas entre 2004 e 2017, para análise da estruturação dos componentes assistenciais previstos na PNSB e na PNPCC, 739 atas e deliberações da CIB do estado do Rio de Janeiro (CIB-RJ) para compreensão do processo político no estado e 26 entrevistas individuais com gestores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família e de Centros de Especialidades Odontológicas para a análise dos fatores cotidianos dos serviços de saúde em uma região de saúde. Além disso, foram utilizados diferentes dados e informações dos sistemas de informação do SUS para contextualizar e complementar a análise. Observou-se que as referidas políticas tiveram papel determinante para a expansão dos serviços. Porém, essa expansão foi limitada, o que fez com que a cobertura dos serviços continue baixa. Identificou-se que, apesar dessa temática ter sido recorrente nas reuniões da CIB-RJ por vinte anos, o papel dos membros da CIB tem sido limitado, muitas vezes, pela forte estruturação dos programas e políticas nacionais, tendo pouco espaço para inovação local. Por outro lado, a conduta estratégica dos agentes envolvidos nos cotidianos dos serviços de saúde se configurou como determinante para o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal, mesmo com as limitações impostas pelos limites financeiros, pela baixa cobertura, pela sobrecarga de atividades, pela pobreza e pela violência urbana, fatores que se destacaram nesse estudo. Identificou-se que há uma

contradição entre uma maior mobilização dos profissionais frente à suspeita do câncer bucal e um processo de negligência frente ao adoecimento do usuário. Muitas vezes, há uma percepção por parte dos profissionais de que o usuário é o responsável pelo estágio avançado da doença e isso tem direcionado, equivocadamente, as ações e serviços. Diante dos dados, verifica-se que é fundamental que se amplie o acesso à atenção básica e se invista na qualificação permanente dos profissionais e gestores. Sem isso, dificilmente se alcançará o acesso precoce ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal e a garantia do direito ao acesso à saúde. Por fim, conclui-se que as políticas nacionais têm estruturado práticas que facilitam, mas também restringem, as ações dos agentes envolvidos no acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal. Essas mesmas políticas têm sido transformadas diariamente por esses agentes em diferentes espaços institucionais no SUS, o que configura a dualidade das próprias políticas públicas.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas de Saúde. Serviços de saúde bucal. Neoplasias bucais.

ABSTRACT

The National Oral Health Policy and the National Cancer Prevention and Control Policy direct health actions and services related to the diagnosis and treatment of oral cancer within the scope of the Unified Health System. Despite some advances provided by these policies, the epidemiological set of this disease remains the same over the years, with a high mortality rate due to the disease. The objective of this thesis was to understand the process of structuring the health care network aimed at users with oral cancer. Three different analyzes were performed: (1) analysis of the National Oral Health Policy and the National Cancer Prevention and Control Policy, with regard to the process of implantation and implementation of the care components related to oral cancer; (2) analysis of the role of the Bipartite Interagency Commission in facilitating users' access to oral cancer prevention and control actions within the scope of Unified Health System; (3) analysis of the daily factors of health services that intervene on access to the diagnosis and treatment of oral cancer. Using the Giddens Structuring Theory as an analytical framework, we sought to integrate different methods and techniques to achieve these objectives. Were included 10 (ten) national regulations, published between 2004 and 2017, to analyze the structuring of the assistance components provided for in the National Oral Health Policy and the National Cancer Prevention and Control Policy, 739 minutes and deliberations of the Bipartite Interagency Commission of the state of Rio de Janeiro and 26 individual interviews with oral health managers and dentists from the family health strategy and from dental specialties centers to analyze the daily factors of health services in a health region. In addition, different data and information from the Unified Health System information systems were used to contextualize and complement the analysis. It was observed that these policies played a decisive role in the expansion of services. However, this expansion was limited, which meant that service coverage remains low. It was identified that, although this theme has been recurrent in Bipartite Interagency Commission meetings for twenty years, the role of commission members has often been limited by the strong structuring of national programs and policies, with little room for local innovation. On the other hand, the strategic conduct of the agents involved in the daily lives of health services was configured as a determinant for access to the diagnosis and treatment of oral cancer, even with the limitations imposed by financial limits, low coverage, overload of activities, poverty and urban violence, factors that stood out in this study. It was identified that there is a contradiction between a mobilization of professionals in the face of suspected oral cancer and a process of negligence in the face of the user's

commitment. Often, there is a perception on the part of the professionals of who is the user responsible for the advanced stage of the disease and this direction, mistakenly, as actions and services. It is essential to expand access to primary care and invest in the permanent qualification of professionals and managers. Without this, it will be difficult to achieve early access to the diagnosis and treatment of oral cancer and the guarantee of the right to access to health. Finally, it is concluded that national policies have structured practices that facilitate, but also restrict, the actions of agents involved in accessing the diagnosis and treatment of oral cancer. These same policies have been transformed daily by these agents in different institutional spaces in the SUS, which configures the duality of public policies themselves.

Keywords: Health Services Accessibility. Unified Health System. Health Policy. Dental Health Services. Oral neoplasms.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Síntese da Teoria da Estruturação.....	27
Quadro 1 -	Síntese dos participantes das entrevistas.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População estimada para o estado do Rio de Janeiro, para a região Metropolitana I e seus municípios, 2020.....	78
Tabela 2 -	Número de mortes por câncer bucal e taxa de mortalidade no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, entre os anos de 2013 e 2017.....	78
Tabela 3 -	Número de mortes por câncer bucal e taxa de mortalidade na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, por município, entre os anos de 2013 e 2017.....	79
Tabela 4 -	Cobertura da saúde bucal na atenção primária por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, dezembro de 2019.....	84
Tabela 5 -	Cobertura da saúde bucal na atenção primária por município da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2020.....	85
Tabela 6 -	Variação da cobertura de atenção primária, por localidade e ano.....	89
Tabela 7 -	Adesão ao programa Saúde na Hora, por número de unidades, localidade e estado da solicitação.....	91
Tabela 8 -	Estabelecimentos habilitados como Centro de Especialidades Odontológicas, por tipo de habilitação e região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020.....	96
Tabela 9 -	Estabelecimentos habilitados como Centro de Especialidades Odontológicas, por tipo de habilitação e município da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2020.....	97
Tabela 10 -	Especialidade dos cirurgiões-dentistas do estado do Rio de Janeiro, registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em unidades do SUS, 2020.....	98
Tabela 11 -	Distribuição dos estomatologistas e patologistas bucais nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020.....	99
Tabela 12 -	Distribuição dos estomatologistas e patologistas bucais de serviços do SUS na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2019.....	99
Tabela 13 -	Local de realização das biópsias de interesse ao diagnóstico bucal, região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2019.....	100
Tabela 14 -	Profissionais responsáveis pelas biópsias no estado e na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, em 2019.....	101
Tabela 15 -	Profissional responsável pelo exame de citologia, anatomopatológico ou imuno-histoquímica, região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2019.....	105
Tabela 16 -	Estabelecimentos habilitados na alta complexidade em oncologia, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020.....	108
Tabela 17 -	Estabelecimentos habilitados na alta complexidade em oncologia na região de saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, por município, 2020.....	109
Tabela 18 -	Cirurgias para tratamento do câncer bucal por região de saúde do estado do Rio de Janeiro e estabelecimento responsável, 2019.....	110
Tabela 19 -	Cirurgias para tratamento do câncer bucal no estado do Rio de Janeiro no ano de 2019, por região de residência do usuário e região do estabelecimento de saúde..	111

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASB	Auxiliar de saúde bucal
CABUL	Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer da Boca
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB/RJ	Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS/RJ	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro
eCR	Equipes do Consultório na Rua
eMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
eMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
eSB	Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe da Estratégia de Saúde da Família
eSFF	Equipes de Saúde da Família Fluvial
eSFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
eSP	Equipes de saúde no Sistema Prisional
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PCC	Programa de Controle do Câncer
PEPCCB	Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer da Boca
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Primária

PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAB	Política Nacional de Atenção primária
PNAO	Política Nacional da Atenção Oncológica
PNCC	Plano Nacional de Combate ao Câncer
PNPCC	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PREFAPS	Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde
Pro-Onco	Programa de Oncologia
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REUNI-RJ	Central Unificada de Regulação
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SICC	Sistema Integrado de Controle do Câncer
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Teoria da Estruturação
TSB	Técnico de saúde bucal
Unacon	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UOM	Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	AÇÕES E POLÍTICAS PARA CONTROLE DO CÂNCER BUCAL NO BRASIL	18
3	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	23
4	METODOLOGIA	27
4.1	Teoria analítica	27
4.2	Estratégias metodológicas	31
4.3	Considerações éticas	33
5	POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL À LUZ DA TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS	34
6	PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL: PAPEL DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE	55
7	PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL: ESTUDO DE CASO DA REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO	76
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICES	145

1 INTRODUÇÃO

As ações de prevenção e controle do câncer bucal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são estruturadas de forma regionalizada, principalmente, pela Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Apesar da ampliação do aparato normativo e financeiro suscitado pela criação dessas políticas, ainda persistem alguns desafios para qualificação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal pelo SUS.

A presente tese tem como objeto de análise os fatores facilitadores e dificultadores relacionados com a implementação dessas políticas e a sua relação com as ações de prevenção e controle do câncer bucal realizadas no cotidiano dos estabelecimentos de saúde. A justificativa para sua elaboração está baseada na magnitude desse câncer no país, na manutenção do quadro de diagnóstico tardio e de altas taxas de mortalidade e nas possibilidades de atuação proporcionadas pela PNSB e PNPCC.

O número estimado de casos novos de câncer bucal no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres. É o quinto câncer mais comum entre homens e o décimo terceiro entre as mulheres (INCA, 2019). Em 2017, ocorreram 4.923 óbitos por esse tipo de câncer em homens e 1.372 óbitos em mulheres, correspondendo ao risco de morte de 4,88/100 mil homens e 1,33/100 mil mulheres (INCA, 2014).

Apesar de não estar entre os cinco mais prevalentes tipos de câncer, o câncer bucal destaca-se pelas altas taxas de mortalidade e de morbidade após o tratamento. A localização e o tamanho das lesões fazem com que haja perda significativa da qualidade de vida, haja vista que o tratamento produz deformações faciais e dificuldades para fala, mastigação, paladar, deglutição e respiração (VIANA, 2014).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal são o tabagismo e o etilismo. O controle desses fatores é a melhor forma de diminuir a incidência dessa doença, porém, a forma mais eficiente para reduzir a mortalidade e o impacto negativo do tratamento na qualidade de vida é a detecção e o tratamento precoce (MONTORO et al., 2008).

Embora a doença ocorra na cavidade oral, uma região amplamente acessível ao exame clínico e onde as alterações iniciais neoplásicas seriam facilmente detectáveis, estudos acumulam evidências de que esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Bonfante et al. (2014), em um estudo que objetivou analisar a sobrevida específica de cinco anos e fatores associados para câncer bucal no Brasil, concluíram que apenas 6,25% dos tumores foram considerados *In situ* ou Estádio I. Enquanto isso, os estadiamentos II, III e IV corresponderam a 18,19%, 34,45% e 41,12%, respectivamente. Em concordância, Atty (2012), em estudo realizado com a população do estado do Rio de Janeiro, observou que, entre 2008 e 2010, 61% dos casos de câncer bucal em tratamento já estavam no Estádio 4, o que configura atraso na linha de cuidado.

Alguns estudos buscaram compreender as razões para esse atraso no cuidado, entretanto os resultados ainda são diversos e inconclusivos para que gestores possam basear as suas decisões. Geralmente, os estudos associam o atraso às questões culturais do paciente na busca pelos serviços, com pouca responsabilização do sistema de saúde pela busca ativa e cuidado integral dos usuários. Os poucos estudos que buscaram razões relacionadas à organização do sistema de saúde fazem análise sobre a percepção profissional quanto ao problema (VISENTIN; LENARDT, 2010; ALMEIDA et al., 2012; CUNHA et al., 2013; LOMBARDO et al. 2014), não relacionando à estrutura disponível e políticas em vigor.

Apesar de não ser prioritário na agenda política nacional mais global, como os cânceres de mama e colo de útero, o problema do câncer bucal está presente na PNPCC e é apontado como prioridade na PNSB. Porém, conforme destacou Torres-Pereira (2010), pouco se sabe sobre o impacto real das intervenções públicas na prevenção da doença ou na minimização da morbidade relacionada.

Acredita-se que a integração entre os diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) não tem ocorrido a contento, o que resulta em consequências indesejáveis para gestores, profissionais e, principalmente, para os usuários e seus familiares. Essa situação, de origem multifatorial, necessita ser mais bem compreendida e enfrentada.

Apesar de algumas pesquisas analisarem a integração da saúde bucal na RAS, poucas abordam especificamente o câncer bucal. Compreender de que forma as políticas de saúde bucal e de oncologia têm sido incorporadas na prática poderá também auxiliar os próprios agentes envolvidos a enfrentar os problemas de seus cotidianos.

Essa tese analisou alguns aspectos relacionados ao tema, respondendo três questões norteadoras. De que forma a estrutura normativa e financeira da PNPCC e da PNSB tem facilitado ou restringido as ações e serviços voltados à prevenção e controle do câncer bucal? Considerando que a organização das ações em oncologia deva ser feita de forma regional, qual o papel das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) na facilitação do acesso dos usuários

às ações de prevenção e controle do câncer bucal? Quais fatores do cotidiano das equipes envolvidas estão relacionados ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal?

Diante disso, tem-se como objetivo geral analisar o processo de estruturação da RAS voltada aos usuários com câncer bucal. Como objetivos específicos: analisar a PNPCC e a PNSB quanto ao processo de implantação e implementação dos componentes assistenciais relacionados ao câncer bucal; analisar o papel da CIB na facilitação do acesso dos usuários às ações de prevenção e controle do câncer bucal no âmbito do SUS; e analisar os fatores cotidianos dos serviços de saúde que intervêm sobre o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal.

Para alcançar o primeiro objetivo específico foram analisadas as normativas que estruturam a PNPCC e a PNSB. Os dados foram coletados em novembro de 2017 e os resultados submetidos e aprovados pela revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Por meio de uma pesquisa do tipo institucional, enfatizou-se a análise sobre as formas pelas quais as propriedades estruturais do sistema de saúde, por meio do conjunto de regras (legislações, normas, protocolos) e recursos (humanos, financeiros, de estrutura física e autoritários), têm moldado as práticas dos agentes envolvidos (gestores, profissionais e usuários).

A resposta da segunda pergunta norteadora, e conseqüentemente, o segundo objetivo específico, também foi organizada em formato de artigo científico a ser submetido. Trata-se de um estudo de caso exploratório, utilizando-se de análise documental de todas as atas de reuniões e deliberações disponibilizadas pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). A análise dos documentos foi realizada em três categorias: constituição da rede; financiamento; e qualificação profissional.

Para responder à última pergunta, foram realizadas entrevistas com coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas que possuem atuação para prevenção e diagnóstico do câncer bucal em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e em equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (eSB). Os resultados revelaram fatores facilitadores e restritores do acesso ao diagnóstico do câncer bucal no âmbito do SUS, sendo relacionados ao próprio sistema de saúde e à conduta dos profissionais e dos usuários.

Antes da apresentação desses resultados, o objeto da pesquisa será contextualizado e a metodologia utilizada será descrita. Na última seção da tese, serão evidenciadas as principais conclusões e limitações, o que poderá contribuir para formulação de ações de âmbito prático nos serviços de saúde, bem como no desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema.

2 AÇÕES E POLÍTICAS PARA CONTROLE DO CÂNCER BUCAL NO BRASIL

Durante o início do século XX, as ações de atenção oncológica eram isoladas e esporádicas no país. Somente a partir da década de 1920, os profissionais começaram a se debruçar mais detalhadamente sobre o câncer, mas pouco se sabia sobre a sua real magnitude no país (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Os serviços públicos de saúde bucal também eram limitados e direcionados ao atendimento eventual e de emergência (DIAS; MARTINS FILHO; SAMPAIO, 2003). Com a implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, a assistência odontológica passou a ser ofertada aos associados, mas prevaleceu uma odontologia mutiladora e emergencial, restrita ao espaço da clínica e centrada no indivíduo e na doença (NOBREGA et al., 2010; VIANA; PAIM, 2016).

A partir da década de 1930, o câncer passou a ganhar mais centralidade e a ser considerado um problema a ser enfrentado pelo Estado (PARADA et al., 2008). Durante o I Congresso Brasileiro de Câncer em 1935, o médico João de Barros Barreto propôs que o cuidado oncológico deveria começar em centros de saúde primários, que a partir da suspeita diagnóstica, encaminhariam os pacientes a um centro de cancerologia (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). Em 1937, foi instituído o Centro de Cancerologia, transformado em 1941 em um serviço de âmbito nacional, o Serviço Nacional de Câncer (SNC). Esse órgão assumiu papel central na organização e execução da política de controle da doença, cabendo-lhe o papel de organizar, orientar, fiscalizar e executar, em todo o país, as atividades relacionadas ao câncer (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). Durante esse período, as ações voltadas ao câncer bucal eram limitadas a ações esporádicas, como as palestras ofertadas aos cirurgiões-dentistas por Mario Kroeff em 1938, onde o médico buscava conscientizar para o diagnóstico precoce (DIAS et al., 2006).

Embora as ações do SNC tenham sido limitadas em um primeiro momento, progressivamente a ele se incorporaram diversos hospitais filantrópicos, o que viria a compor uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Apesar do caráter inovador, eram unidades geograficamente restritas, deixando a maior parte do país distante de informações e tratamento (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; PARADA et al., 2008; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Nos anos cinquenta, as ações públicas de saúde bucal começaram a ser estruturadas pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). As práticas eram quase que exclusivamente centradas na fluoretação das águas para prevenção da cárie dentária e na

assistência curativa destinada exclusivamente a escolares (NOBREGA et al., 2010; VIANA; PAIM, 2016). Não havia, ainda, aproximação dos serviços de saúde bucal com o câncer bucal.

Na década de 1960, apesar dos iniciais avanços na compreensão do câncer como um problema de saúde pública, a partir de 1964, com base na ideologia do liberalismo econômico do regime militar, a concepção privatizante em relação à saúde fez com que a atenção ao câncer fosse considerada como um objeto para a medicina hospitalar de base privada (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

A partir da década de 1970, surgiram diversos programas e ações mais estruturados que tinham o controle do câncer como objeto de intervenção. Logo no início da década, foi implantado o Plano Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), que se caracterizou pelo combate aos cânceres mais incidentes: colo uterino, pele, mama e boca. O plano se baseava na estruturação de unidades, instituindo o reembolso para todos os procedimentos relativos ao câncer executados fora do setor público e despertando o interesse de laboratórios e hospitais privados. Apesar disso, os recursos globais gastos com o câncer diminuíram (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). Durante esse período, iniciaram alguns programas de detecção precoce do câncer bucal organizado pela Associação das Pioneiras Sociais e cursos ofertados aos cirurgiões-dentistas pelo Departamento Nacional de Câncer (DIAS et al., 2006; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

O primeiro programa de prevenção e diagnóstico precoce voltado especificamente ao câncer bucal foi o Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer da Boca (CABUL), elaborado em 1975. As metas básicas do programa seriam: (a) promoção da saúde; (b) proteção específica, diagnóstico precoce e limitação do dano; (c) formação de recursos humanos; (d) vigilância epidemiológica; e (e) reabilitação do paciente. Apesar da importância do programa, ele não foi colocado em prática por falta de recursos (DIAS et al., 2006; VIANA; TORRES-PEREIRA et al., 2012; VIANA; PAIM, 2016). Nesse mesmo ano, foi criado também o Programa de Controle do Câncer (PCC), com o objetivo de universalizar a cobertura previdenciária ao câncer e dar maior consistência ao seu controle. Em 1980, com a ampliação das dificuldades econômicas, foi considerada inviável a sua continuidade (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Em 1982, foi criado o Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), que buscava ampliar o financiamento das unidades habitadas para o tratamento. Em 1987, foi criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco) para ampliar a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer. Em 1987, como parte do Pro-onco, foi criado o Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer da Boca (PEPCCB), com objetivo de reduzir os índices de

morbimortalidade por câncer da boca. O programa não atingiu os objetivos esperados (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Durante a década de 1980, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde se discutiu a necessidade de construção de um novo modelo e organização para a saúde bucal, denominado “saúde bucal coletiva”. O novo modelo deveria substituir o anterior, considerado ineficaz, elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo e baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social do país (DIAS; MARTINS FILHO; SAMPAIO, 2003; NOBREGA et al., 2010; VIANA; PAIM, 2016).

A partir da década de 1990, após a criação do SUS, foram tomadas medidas importantes para a reorganização da atenção oncológica e da atenção em saúde bucal, buscando-se adequar a oferta de serviços às diretrizes do novo sistema.

Apesar das ações de estruturação da atenção oncológica no SUS iniciarem em 1991, foi em 1998, com a Portaria nº 3.535, que o Ministério da Saúde fazia o primeiro indicativo para a busca da garantia do atendimento integral aos pacientes com câncer, a partir da construção de uma rede de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (GADELHA, 2018). Esse direcionamento normativo do Ministério da Saúde deu aos gestores locais alguns subsídios técnicos e normativos para organizar a assistência oncológica no SUS (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Com o SUS, as ações de saúde bucal passaram a ser discursivamente consideradas direito de todos e um dever do Estado. Porém, as ações e metas propostas pelo próprio governo federal continuavam a priorizar o público infantil (DIAS; MARTINS FILHO; SAMPAIO, 2003). Somente no ano 2000, com a inserção das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, esse cenário começou a ser alterado, sendo um importante passo para reorganização da atenção à saúde bucal, pois se orientava para a universalidade do acesso, e não mais à restrição por faixa etária (GIGANTE; GUIMARÃES, 2013).

Com o Programa Brasil Sorridente, lançado em 2004, houve nova reorganização da atenção em saúde bucal. Modificou-se a compreensão sobre o papel do Estado na oferta de serviços em saúde bucal, buscando a ampliação da atenção primária e oferta de atenção secundária por meio dos CEO (PUCCA-JR, 2006; FRAZÃO; NARVAI, 2009; LUCENA et al., 2011; SOARES; PAIM, 2011; BORGHI et al., 2013; ASSIS; PAIM; SOARES, 2016).

Apesar desse processo de inclusão da saúde bucal e a formulação do Programa Brasil Sorridente dar a aparência de continuidade entre as ações, é importante ressaltar, conforme fez Garcia (2013), que foram movimentos com diferentes intencionalidades e métodos. Enquanto

a inclusão na estratégia de saúde da família baseou-se em uma janela de oportunidade com ênfase na atenção primária, o Programa Brasil Sorridente teve concepção em um grupo de matriz político-partidária, o qual envolveu articulação direta com o Presidente da República.

As políticas de saúde bucal, historicamente centradas em grupos restritos e destinadas, principalmente, à redução da incidência da doença cárie e seu tratamento, passaram a considerar, no âmbito normativo, o câncer bucal como uma das prioridades. Segundo a PNSB, devem-se realizar exames rotineiros para detecção precoce e garantir a continuidade da atenção. Além disso, deve-se buscar identificar lesões bucais em visitas domiciliares ou em campanhas específicas e acompanhar os casos suspeitos. Se precisar, devem-se estabelecer parcerias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação com universidades e outras organizações (BRASIL, 2004).

Apesar dessa previsão, no cotidiano dos serviços, destacam-se dificuldades para implementação dessas ações. Além de questões relacionadas à insegurança dos profissionais para detectar lesões precoces de câncer bucal (COSTA-JR; SERRA, 2012), é preciso analisar os modelos de organização dos serviços. Dados apontam que apenas 58,8% das equipes registram e acompanham os casos suspeitos e que somente 47,1% relatam conhecer fluxos preferenciais para encaminhamento (CASOTTI et al., 2016).

Mesmo considerando a criação do CEO como um grande avanço no controle do câncer bucal e de outras patologias, devido a obrigatoriedade da oferta de serviços de diagnóstico bucal, algumas limitações práticas precisam ser resolvidas. Os CEO estão localizados em um pequeno número de municípios, que geralmente já possuem os melhores indicadores sociais (LINO et al., 2014). As metas de produção raramente são alcançadas (FIGUEIREDO; GOES, 2009; LINO et al., 2014). Há excesso de tempo de espera para o atendimento especializado (BORGHI et al., 2013) e dificuldades para a continuidade de tratamento (BORGHI et al., 2013).

No campo específico da oncologia, até 2005, as normativas existentes ainda não atendiam ao princípio da integralidade, pois estavam fragmentadas em diferentes programas nacionais (MIGOWSI et al., 2018). Esse cenário se alterou em 2005, com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu a Rede de Atenção Oncológica (RAO), indicando uma abordagem integrada que contemplaria desde a promoção da saúde, até os cuidados paliativos. Em 2013 essa política foi substituída pela PNPCC, mais alinhada à política de formação da RAS.

Evidencia-se que as ações para o enfrentamento do câncer bucal de âmbito nacional quase sempre se limitavam ao plano teórico e discursivo, refletindo uma intenção, mas

frustradas em face da ausência das execuções reais (DIAS et al., 2006; TORRES-PEREIRA et al., 2012). Hoje, considera-se que as ações devem incluir a prevenção primária, visando redução da incidência e prevalência da doença, a prevenção secundária, que visa o diagnóstico precoce da doença, e a prevenção terciária, buscando limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações, melhorar a qualidade de vida e reintegrar o indivíduo à sociedade (TORRES-PEREIRA et al., 2012). Um dos caminhos para que se alcance esse objetivo, é a estruturação da RAS.

3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Organizar um sistema de saúde que tenha como princípios a universalidade e a integralidade é um desafio em um país com mais de 200 milhões de habitantes. Considerando que essa população está distribuída em 5.560 municípios e que cerca de 4.000 deles possuem menos que 20 mil habitantes, o desafio se torna ainda maior (MACHADO, 2013). A conformação de regiões e redes de saúde se tornou estratégica para lidar com esse desafio e buscar uma ação mais eficaz do Estado na garantia do direito à saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Entre as primeiras propostas de implantação de uma RAS, destaca-se o Relatório Dawson, feito na década de 1920 no Reino Unido, com objetivo de propor mudanças ao sistema de proteção social após a 1ª Guerra Mundial. Conforme a proposta, os serviços de saúde deveriam ser acessíveis a toda população (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011; ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Segundo Kuschnir e Chorny (2010), o relatório destaca a necessidade de um novo modelo de organização, com estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa. É proposta a organização de ações para atenção integral, utilizando-se de centros de saúde primários, que seriam a “porta de entrada” do sistema e empregariam médicos generalistas. Os centros primários estariam ligados aos centros secundários, cuja localização seria apenas em cidades maiores, considerando-se a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos. Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência.

Os profissionais trabalhariam de forma integrada. Os centros de saúde poderiam acompanhar o processo, familiarizar-se com o tratamento adotado em outra unidade e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar. Para que essa coordenação fosse possível, era apontada a necessidade do estabelecimento de um sistema uniforme de histórias clínicas dos usuários. Do ponto de vista da gestão do sistema, todos os serviços estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Na prática, sua adoção implicaria no aumento dos gastos iniciais e em mudanças estruturais, como a vinculação dos hospitais filantrópicos ao sistema, que até então eram parte de um sistema autônomo. Diante das dificuldades, o relatório foi arquivado e apenas durante a 2ª Guerra Mundial o relatório voltaria a servir de base à proposta de organização do novo

sistema de saúde universal e equitativo. Com a vitória do Partido Trabalhista no pós-guerra, o *National Health Service* britânico foi criado em 1948 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A proposta brasileira de construção de redes possui algumas semelhanças com a proposta de Dawson, mas, apesar de estar presente como diretriz do SUS desde a Constituição de 1988, a organização de redes regionalizadas não ocorreu durante os anos 1990. Em parte, a concentração de esforços ao processo de descentralização pela municipalização dificultou a formação de redes federativas (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O processo de regionalização do SUS foi analisado por Albuquerque e Viana (2015), que o caracterizou em três fases distintas. A primeira fase (2001-2005) inicia-se com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). É caracterizada pela definição de uma região de saúde de forma normativa e redes de saúde hierarquizadas. O objetivo era ampliar o acesso ao SUS, organizando fluxos intermunicipais e promovendo o papel dos estados na coordenação das redes intermunicipais. Contudo, as regras da regionalização, quando confrontadas com a realidade diversa e desigual do território brasileiro, foram consideradas rígidas e pouco efetivas.

Na segunda fase (2006-2010), iniciada com o Pacto pela Saúde, foram criadas regiões negociadas e redes integradas de atenção à saúde. Representa uma transição das concepções de região e redes na política de saúde nacional. Foram criados os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), visando desenvolver a cooperação entre os três entes federados. Foram flexibilizados os critérios para a conformação das regiões de saúde, o que foi entendido como um avanço no processo de regionalização. Porém, os instrumentos de planejamento continuaram os mesmos da fase anterior, limitando a negociação e a coordenação política (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A terceira fase (2011-2015) teve início a partir da Portaria nº 4.279 de 2010 e caracteriza-se pela criação de regiões negociadas e contratualizadas. A publicação consolidou a nova perspectiva das RAS na política nacional, que buscou garantir flexibilidade dos desenhos regionais e ganhos de escala e escopo, ao mesmo tempo em que responsabilizava de forma clara as três esferas de governo pelo planejamento, gestão e investimentos nas regiões de saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Assim, a atual política de implantação e implementação das RAS segue a normativa definida na Portaria nº 4.279 de 2010 e posteriormente republicada na Portaria de Consolidação nº 2 de 03 de outubro de 2017. Nessa normativa, as RAS são entendidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a

integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017a). Assim, conforme afirma Santos (2008), a RAS não é o simples ajuntamento de instituições. Há que se garantir institucionalidade à rede, de forma a potencializar seus recursos, e criar espaços de consensos e negociações.

Para tanto, além dos pontos de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária), é necessário que se tenha organizado os sistemas de apoio (unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde), os sistemas logísticos (sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e sistemas de transportes) e o sistema de governança (diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede) (BRASIL, 2017a).

Apesar não haver um modelo organizacional único para as RAS, existe alguns atributos que são considerados essenciais ao seu funcionamento: (1) População e território definidos; (2) Extensa gama de serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; (3) Atenção primária estruturada como porta de entrada do sistema; (4) Prestação de serviços especializados; (5) Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial; (6) Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; (7) Sistema de governança único para toda a rede; (8) Participação social ampla; (9) Gestão integrada; (10) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; (11) Sistema de informação integrado por todos os membros da rede; (12) Financiamento tripartite; (13) Ação intersetorial; e (14) Gestão baseada em resultados (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008; BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Conforme destacado anteriormente, apesar das muitas potencialidades para o modelo de organização do sistema de saúde por meio das RAS, um desafio prático se destaca na realidade brasileira: a relação federativa. Isso ocorre porque no país há a garantia constitucional da autonomia administrativa dos municípios e dos estados, frente ao governo federal. Assim, a depender das configurações das relações entre os gestores do sistema, uma proposta negociada, colaborativa e solidária, pode ser inviabilizada (SANTOS; ANDRADE, 2008a; 2008b).

Esse aspecto também foi analisado por Lima e Viana (2011), que afirmaram que os processos de implantação de sistemas fundados em princípios igualitários, descentralizados e regionalizados são complexos, lentos e negociados. Eles envolvem jogos de cooperação, competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem visões, interesses e projetos, muitas vezes, divergentes. Essa situação se agrava em um cenário de

restrição fiscal e com herança de desigualdades entre os municípios. Para as autoras, o processo de municipalização ocorrida na década de 1990, sem o fortalecimento do ente estadual, fragilizou o processo de regionalização no Brasil.

A disposição dos agentes para cooperar entre si está longe de ser uma questão trivial, tendo sido objeto de ações ministeriais que fixaram normas e incentivos para a organização de serviços de abrangência supramunicipal (MACHADO, 2013). Entre as principais iniciativas para descentralização e constituição das redes, destacam-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1992, 1993 e 1996, a NOAS de 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde de 2006 e a organização da RAS no âmbito do SUS de 2010.

Esse esforço de regionalização contribuiu com a criação dos colegiados intergovernamentais como instâncias de negociação e planejamento. No âmbito nacional, existe, desde 1991, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes das três esferas de governo. Já a CIB é formada paritariamente entre representantes do estado e dos municípios, e se constitui em um espaço privilegiado de negociação estadual, sendo estruturadas, entre 1993 e 1994, em todos os estados brasileiros (MACHADO et al., 2011).

No âmbito regional, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) foram constituídas em 2011, substituindo as CGR. São formadas por representação das secretarias estaduais de saúde e do conjunto de municípios que compõem aquela região de saúde. Tem um importante papel de coordenar a política de saúde no âmbito regional, atuando na resolução de conflitos intergovernamentais e no planejamento das ações e serviços ofertados (ALBUQUERQUE et al., 2018). Considerando a influência das constantes mudanças do cenário político nacional, estadual e regional e do espaço estratégico das comissões intergovernamentais na operacionalização das RAS do SUS, se faz necessária a compreensão do papel exercido por essas comissões como facilitadoras ou restritores do acesso aos serviços de saúde.

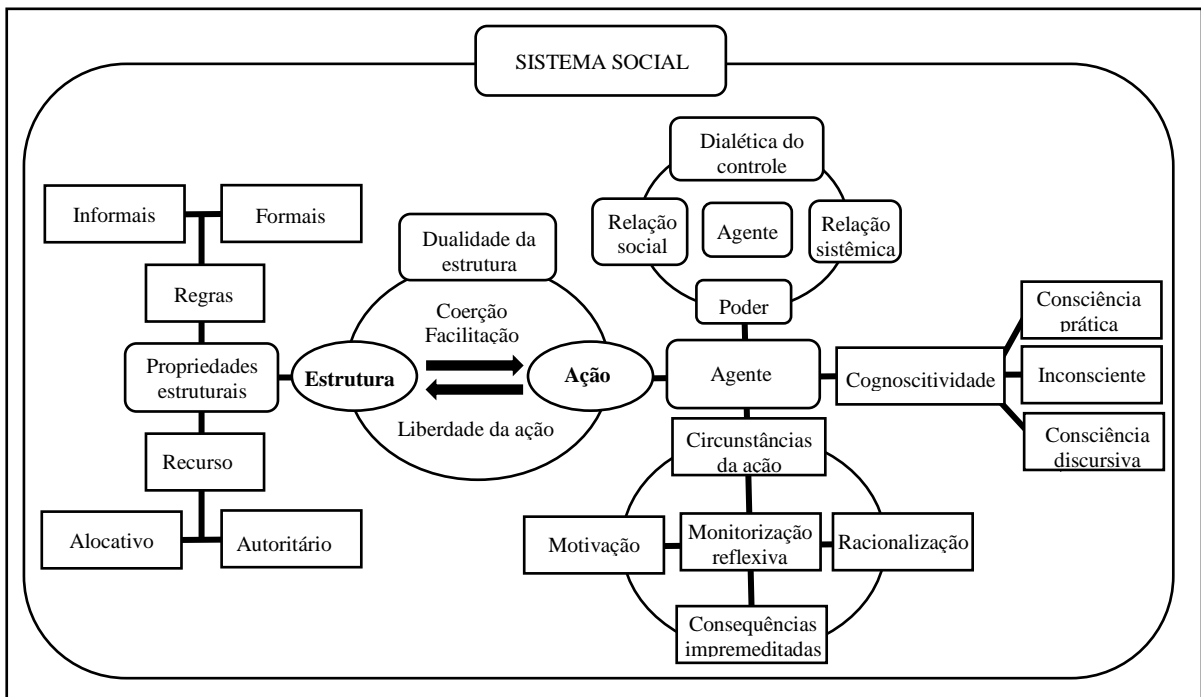
Diante desse quadro, é fundamental que haja esforços coletivos para uma melhor compreensão desse complexo processo de regionalização do SUS. É importante que a análise não se restrinja às formas que as políticas de saúde direcionam as práticas gerenciais e profissionais, bem como, não se limite às intenções e interpretações que os atores fazem a respeito da política. Deve-se substituir esse dualismo e buscar formas que compreendam a dualidade das políticas públicas, conforme sinalizaram Oliveira et al., 2013.

4 METODOLOGIA

4.1 Teoria analítica

Como referencial analítico será utilizada a Teoria da Estruturação (TE) de Giddens (2003), sintetizada na Figura 1.

Figura 1: Síntese da Teoria da Estruturação.



Autoria: O autor, baseado em Giddens (2003).

A TE tem se apresentado como um recurso teórico para análise das políticas públicas de saúde, que são estruturadas com base na intencionalidade governamental e nas ações concretas de diversos agentes na aplicabilidade dessas políticas. Possui potencial analítico e possibilita a utilização e integração de diversos métodos de investigação, pois não é definida por limites pré-estabelecidos (O'DWYER, 2015; O'DWYER; MATTOS, 2010).

A TE se baseia na compreensão da “dualidade da estrutura”, onde as propriedades estruturais do sistema social são compreendidas, ao mesmo tempo, como meio e resultado das práticas que elas recursivamente organizam (GIDDENS, 2003). Essa compreensão da relação entre estrutura e ação sinaliza que os sistemas sociais (entre eles os sistemas de saúde) não são criações de sujeitos individuais, ao mesmo tempo em que está distante de qualquer concepção determinista da sociedade. É uma tentativa de compreender o equilíbrio entre a influência da

sociedade no indivíduo (estrutura coercitiva) e a liberdade do indivíduo para agir e influenciar a sociedade (liberdade de ação). Estrutura e ação estão, dessa forma, indissociavelmente ligadas, uma não tem prioridade sobre a outra (GIDDENS; SUTTON, 2016; SILVA, 2016).

Na TE, a ação individual inclui tanto uma dimensão motivacional (desejos, intenções, finalidades tácitas ou inconscientes), quanto uma dimensão recursiva (habilidades cognitivas) que capacitam o agente a imprimir suas marcas históricas (PETERS, 2015). Cabe destacarmos que, na TE, toda agência individual está imersa em arranjos sociais historicamente herdados e não se refere às intenções das pessoas, mas às capacidades delas para realizar a ação. Mas, os agentes desconhecem todas as circunstâncias em que a ação se desenvolve e as consequências das atividades realizadas. As consequências impremeditadas da agência humana contribuem com a imprevisibilidade no desenrolar histórico da vida social e realimentam as condições não reconhecidas da ação.

Assim, o “agente” é aquele indivíduo que realiza intervenções transformativas sobre um dado curso de eventos, de maneira que o que tenha desenrolado não teria ocorrido, caso não houvesse tal intervenção (GIDDENS, 2003). Conforme sinaliza Peters (2015), segundo a TE, o agente individual pode, a qualquer momento e em qualquer contexto, agir diferentemente do modo como agiu, em virtude da dimensão ampliada da liberdade do ator.

Para a análise da ação humana devemos reconhecer (1) a motivação, que se refere ao potencial para a ação, (2) a racionalização, que significa que os atores mantêm um contínuo entendimento teórico das bases de suas atividades e (3) a monitoração reflexiva, que envolve uma consistente e não relaxada monitoração dos comportamentos (condutas, falas, gestos, expressões e motivos) e seus contextos (GIDDENS, 1991; PETERS, 2015; GIDDENS, 2003; O'DWYER, 2015).

Além dessa capacidade de ação individual, o agente também é capaz de influenciar a ação do outro. Isso significa que o agente é capaz de exibir uma gama de “poderes”, exercidos por meio das regras e dos recursos disponíveis (GIDDENS, 2003). Esses poderes devem ser considerados em uma perspectiva dinâmica, sendo gerados na (e através da) reprodução de estruturas de dominação. Mas essa coerção tem limite, pois raramente as sanções assumem uma forma que aqueles que as sofrem são totalmente incapazes de resistir. Por mais opressivas, requerem algum tipo de aquiescência por parte daqueles que se lhes são submetidos (GIDDENS, 2003).

A distribuição do poder é, dessa forma, bilateral, o que se representa no conceito de “dialética de controle”. Nele, considera-se que os agentes que detêm menor poder e, por isso, são subordinados, também têm influência sobre as atividades dos superiores. Isso só se torna

possível porque os subordinados administram alguns recursos que possibilitam o controle, mesmo que limitado, sobre os mais poderosos (GIDDENS, 2003).

Para análise da cognoscitividade do agente, Giddens propõe um modelo estratificado em três partes: consciência discursiva; consciência prática; e inconsciente (GIDDENS, 2003). A consciência discursiva implica as formas de recordação que o agente é capaz de expressar verbalmente. A consciência prática consiste no conhecimento tácito das regras em que a vida social é constituída e reconstituída. A linha que separa as consciências discursivas e práticas é flutuante e permeável. Por fim, o inconsciente refere-se a modos de recordação a que o agente não tem acesso direto, pois existe uma barreira inibindo sua incorporação.

Por sua vez, a “estrutura” é compreendida na TE como um conjunto de regras e recursos, recursivamente implicados na reprodução de sistemas sociais. As regras correspondem ao conjunto de procedimentos inscritos na consciência prática do ator, sendo operacionalizadas em suas ações (NIZET, 2016). Incluem-se nesse conjunto as prescrições formalizadas (que se apresentam de forma discursiva e são consideradas fortemente sancionadas), e as regras informais vivenciadas na integração social (que são tacitamente apreendidas e possuem profunda influência sobre o cotidiano) (GIDDENS, 2003; SILVA, 2016).

Os recursos são as facilidades, ou base de poder, que o agente tem acesso para alcançar seus objetivos (O'DWYER, 2015). Podem ser alocativos (ou de alocação) ou autoritários (ou de autoridade). Os alocativos se referem ao controle de bens e objetos (fenômenos materiais) e os autoritários são os recursos não materiais envolvidos na geração de poder (PETERS, 2015). Assim, se referem ao controle de alguns atores pelos outros, o que depende da oportunidade, do posicionamento, da organização e da relação existente entre os agentes (GIDDENS, 2003).

As propriedades estruturais devem ser compreendidas, durante a análise social, como detentoras de aspectos coercitivos, que limitam as opções a que um ator tem acesso em uma dada circunstância. Deve-se atentar, entretanto, para a natureza variável da coerção na TE, pois pode ser influenciada pelas circunstâncias materiais, institucionais e pelo próprio conhecimento dos agentes acerca dessas circunstâncias. Cabe destacar, também, que apesar de sua característica restritiva e coercitiva, a estrutura pode ser compreendida nos seus aspectos mais facilitadores (GIDDENS, 2003).

Apesar de ter formulado a TE por meio de uma análise teórica das diversas escolas do pensamento sociológico, Giddens (2003) é claro ao afirmar que o objetivo de sua teoria, e de seu esquema analítico resultante, é de funcionar como instrumento para pesquisa empírica.

Nesse sentido, distingue dois tipos de análises possíveis: (1) análise institucional; (2) análise da conduta estratégica.

Na análise institucional o pesquisador deve considerar as propriedades estruturais como características cronicamente reproduzidas de sistemas sociais. A ênfase é nas instituições como regras e recursos cronicamente reproduzidos, colocando em suspenso as habilidades e a percepção consciente de atores (GIDDENS, 2003).

Na análise da conduta estratégica o foco incide sobre os modos como os agentes se apoiam nas propriedades estruturais para a constituição de relações sociais. É dada primazia às consciências discursivas e práticas. Colocam-se em suspensão as instituições como socialmente reproduzidas, concentrando-se no modo pelo qual os atores sociais monitoram reflexivamente o que fazem e de que forma os atores se apoiam em regras e recursos na constituição da interação (GIDDENS, 2003).

A diferença entre essas duas análises é apenas na ênfase dada à realidade estudada, não desconsiderando a dualidade da estrutura. Conforme destacou O'Dwyer (2015), o objeto de estudo na TE não deve ser a experiência individual e, tão pouco, a existência de uma totalidade social, mas as práticas ordenadas no tempo-espaço. Para essa tese, utilizamos tanto a análise institucional, quanto a análise da conduta estratégica.

Na análise institucional, foi dada ênfase às propriedades estruturais do sistema de saúde, analisando como a estrutura, por meio de regras (legislações, normas, protocolos) e recursos (humanos, financeiros ou de estrutura física) se relaciona com as escolhas dos agentes. Essa análise visa compreender como a estrutura têm moldado as práticas dos agentes envolvidos (gestores, profissionais e usuários).

Na análise da conduta estratégica realizamos o que Giddens (2003) chamou de “elucidação hermenêutica de redes de significados”, desvelando as razões para a ação dos agentes. Isso incluiu saber o que os gestores, profissionais sabem (creem) sobre suas ações e expressam discursivamente (consciência discursiva), bem como o que fazem de forma tácita (consciência prática).

Assim, buscou-se, inicialmente, o que está prescrito nas políticas públicas de saúde bucal e de oncologia, para posteriormente compreender as formas pelas quais elas se apresentam na prática, sendo rotineiramente produzidas e reproduzidas pelos agentes, que possuem sua limitação frente ao reconhecimento das condições e das consequências de suas ações.

4.2 Estratégias metodológicas

A presente tese possui caráter analítico e natureza qualitativa. Buscou-se utilizar de diferentes estratégias e técnicas metodológicas para o alcance de múltiplos pontos de vista, atingindo os objetivos da pesquisa.

Para analisar a PNPC e a PNSB quanto ao processo de implantação e implementação dos componentes assistenciais relacionados ao câncer bucal, foi realizada a análise do tipo institucional de Giddens, enfatizando-se as propriedades estruturais do sistema de saúde (GIDDENS, 2003). As normativas que estruturam essas políticas foram identificadas no site da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e localizadas no sistema Saúde Legis. Os dados foram coletados em novembro de 2017.

Foram incluídas as normativas que explicitam os componentes assistenciais relacionados ao cuidado dos usuários com câncer bucal e excluídas as que não abordam de forma direta a estruturação do cuidado assistencial dessa enfermidade, como por exemplo, as políticas de redução do tabagismo. A análise foi complementada com dados sobre o processo de implantação dos componentes assistenciais identificados: equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família; centros de especialidades odontológicas; unidade hospitalares habilitadas para assistência de alta complexidade em oncologia. Os resultados foram organizados de forma a apresentar a estrutura na qual estão baseadas as práticas de controle do câncer bucal e estão apresentados em formato de artigo científico, submetido e aprovado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

A análise do papel da CIB na facilitação do acesso dos usuários às ações de prevenção e controle do câncer bucal no âmbito do SUS foi realizada por meio de um estudo de caso exploratório, utilizando-se de análise documental (GIL, 2012; CELLARD, 2014) das atas de reuniões e deliberações disponibilizadas pela CIB/RJ em sua página da internet (<http://www.cib.rj.gov.br/>).

A coleta de dados foi realizada por meio de *download* de todos os documentos disponíveis, o que contemplou o período de 1996 a 2019. Os arquivos foram inseridos no *software* NVivo 12® para mapeamento dos documentos com trechos relacionados ao acesso do usuário com suspeita ou confirmação de câncer bucal aos serviços do SUS.

O resultado das diferentes estratégias de busca nos 5.927 documentos disponíveis foi de 2.295 documentos com trechos mapeados, sendo que 471 foram posteriormente excluídos por estarem duplicados. Analisou-se a pertinência de cada trecho selecionado dos 1.824 documentos com o objetivo desse trabalho, sendo finalmente incluídos 739 documentos, 400

ligados às ações de oncologia e 477 de saúde bucal (138 documentos abordavam os dois temas).

A análise dos documentos foi realizada à luz da Teoria da Estruturação de Giddens (GIDDENS, 2003), sendo os trechos selecionados classificados em três categorias: Constituição da rede; Financiamento; e Qualificação profissional. Os resultados estão apresentados em formato de artigo científico que será submetido a uma revista.

Para analisar os fatores cotidianos dos serviços de saúde que intervêm sobre o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal, foi realizado um estudo de caso da região de saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro. A escolha de uma região de saúde como unidade de análise justifica-se por ser a forma de organização do acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer prevista na PNCC e na PNSB. A escolha pela região Metropolitana I se deu por se tratar da região do estado que possui a maior concentração da população urbana e de serviços para diagnóstico e tratamento do câncer de cavidade oral, apesar de ainda ser em número insuficiente (RIO DE JANEIRO, 2017).

Para caracterizar os serviços que compõem a rede formal de cuidado ao paciente com câncer bucal na região, foi feita a análise descritiva dos dados no registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para mapear os demais serviços envolvidos no processo de cuidado, bem como os mecanismos de gestão envolvidos, foram realizadas 26 entrevistas individuais com gestores (coordenadores de saúde bucal) e profissionais (cirurgiões-dentistas das eSB e dos CEO) de cinco municípios da região. A seleção dos municípios baseou-se na multiplicidade de cenários, abrangendo diferentes portes populacionais na região. O município do Rio de Janeiro foi escolhido por ser a capital do estado, com grande porte populacional (estimada em 6.718.903 de pessoas) e grande número de serviços nos três níveis de atenção. Duque de Caxias e Nova Iguaçu foram selecionados por terem grande porte populacional (populações estimadas em 919.596 e 821.128 pessoas, respectivamente). Itaguaí e Magé foram selecionados por estarem no grupo de menor porte populacional da região (133.019 e 245.071 pessoas, respectivamente).

Foram entrevistados, além dos cinco coordenadores municipais de saúde bucal, doze cirurgiões-dentistas da eSB e seis cirurgiões-dentistas designados para o diagnóstico do câncer bucal no CEO de cada município. Além disso, para complementar o olhar sobre a região de saúde, foram realizadas três entrevistas com a coordenação e equipe técnica de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Um maior

detalhamento sobre as entrevistas é apresentado posteriormente, no próprio relato do estudo de caso.

Para as entrevistas foram utilizados roteiros semiestruturados (Apêndice I). O roteiro apresenta as questões essenciais, mas as entrevistas não ficaram restritas a ele, sendo realizadas outras perguntas de interesse do pesquisador a partir das respostas dadas pelos entrevistados, conforme preconizado Gray (2009) e Yin (2016).

A análise das entrevistas foi realizada à luz da Teoria da Estruturação de Giddens (GIDDENS, 2003), desvelando fatores facilitadores e dificultadores para o acesso ao diagnóstico do câncer bucal no âmbito do SUS. Os resultados foram classificados em três temáticas: Sistema de saúde; Condutas profissionais; Conduta dos usuários.

4.3 Considerações éticas

A presente tese respeitou as Resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Devido à realização das entrevistas, o projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Foi respeitado o sigilo dos dados pessoais dos participantes, bem como, o direito de escolha em participar da pesquisa. O nome dos participantes foi substituído pela função que exerce (coordenador municipal de saúde bucal; responsável pelo diagnóstico; saúde da família; área técnica da saúde bucal do estado) seguido de uma numeração de ordem aleatória. Os dados ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de 5 anos, quando serão apagados ou destruídos.

Todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, os métodos, os riscos, os benefícios e os direitos dos participantes estão no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pelos participantes e pesquisador. Houve, também, a anuência formal prévia de todos os serviços envolvidos.

5 POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL À LUZ DA TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS¹

Policies for Prevention and Control of Oral Cancer in the light of Giddens Structuring Theory

RESUMO

Passados mais de dez anos de continuidade das políticas de prevenção e controle do câncer e de saúde bucal, persistem desafios para garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento. O objetivo do estudo é analisar as políticas de oncologia e de saúde bucal em vigor, no que se refere ao processo de implantação dos componentes assistenciais relacionados ao câncer bucal. Foram analisadas dez normativas que estruturam essas políticas, sob a ótica da Teoria da Estruturação, além de dados de oferta de serviços entre 2002 e 2017. Nas atenções primária e secundária, destacou-se a baixa cobertura assistencial e a distribuição regional inadequada, apesar do aumento do financiamento e do número de serviços. Na atenção terciária foi identificada a distribuição desigual da realização de cirurgias. Por sua vez, a limitação de serviços da atenção domiciliar tem dificultado o acesso dos usuários aos cuidados paliativos. Houve convergência entre as políticas analisadas e uma preocupação com a regulação dos recursos autoritários e com o aumento de recursos alocativos, o que estimulou a expansão dos serviços. Deve-se investir na ampliação, regionalização e universalização dos serviços. Um possível retrocesso nessas políticas poderá agravar a situação e contribuir para o aumento das desigualdades em saúde.

Descritores: Neoplasias Bucais; Política de Saúde; Saúde Bucal.

ABSTRACT

After more than ten years of continuity in cancer prevention and control and oral health policies, challenges remain to guarantee access to diagnosis and treatment. The objective of the study is to analyze the oncology and oral health policies, regarding the process of implanting the care components related to oral cancer. Ten policies were analyzed, from the point of view of Structuration Theory, in addition to data on the supply of services between 2002 and 2017. In primary and secondary health care level, low coverage and regional inadequate distribution were highlighted, despite increased funding and the number of services. In tertiary care, the unequal distribution of surgery performed was identified. The limitation of home care services has made it difficult for users to access palliative care. There was convergence between the analyzed policies and a concern with the regulation of authoritative resources and with the increase of allocative resources, which stimulated the expansion of services. Should be investing in the expansion, regionalization and universalization of services. A possible setback in these policies could aggravate the situation and contribute to the increase of health inequalities.

Keywords: Mouth Neoplasms; Health Policy; Oral Health.

¹ Artigo aceito para publicação na revista Ciência & Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal é uma ampla categoria de localizações para neoplasias de diferentes etiologias e perfis histológicos, embora geralmente se refira ao carcinoma epidermóide¹. Uma revisão de literatura revelou pelo menos 17 termos diferentes que relatam dados sobre câncer bucal, o que tem dificultado a comunicação entre os profissionais². A falta de consenso na definição de câncer bucal é reforçada pela variabilidade na designação anatômica específica da doença em publicações científicas e relatórios². Por não existir uma padronização sobre quais estruturas anatômicas compõem essa classificação, há diferenças entre os sítios incluídos em pesquisas sobre esse assunto, o que dificulta a comparação entre os achados epidemiológicos³.

O câncer bucal é a neoplasia maligna mais incidente na região de cabeça e pescoço e tem como principais fatores de risco o uso crônico de tabaco e de álcool, além da exposição ao sol (para câncer de lábio)^{4,5}. No ano de 2012 foram estimados cerca de 300 mil novos casos e 145 mil óbitos no mundo⁶. No Brasil a estimativa é de 14.700 casos novos em 2017, sendo 11.200 em homens e 3.500 em mulheres⁴.

Para reduzir a mortalidade e o impacto negativo na qualidade vida é necessário detectar e tratar precocemente essa enfermidade⁷. Porém, embora ocorra em região amplamente acessível ao exame clínico, as lesões ainda são diagnosticadas muito tardiamente⁸. Em estudo nacional, identificou-se que apenas 6,25% dos tumores são considerados *in situ* ou estágio I (fase inicial), enquanto os estadiamentos II, III e IV correspondem a 18,19%, 34,45% e 41,12%, respectivamente⁹. Essa situação caracteriza um atraso na linha de cuidado dos usuários com essa neoplasia.

Esse atraso tem sido associado à demora do paciente na busca pelos serviços, com pouca responsabilização do sistema de saúde pelo cuidado integral aos usuários¹⁰. Estudos que buscaram razões ligadas à organização do sistema de saúde, direcionaram a análise para a programas específicos¹¹ ou para a percepção profissional quanto ao problema^{12,13}, não relacionando às políticas em vigor e à estrutura disponível.

O enfrentamento do câncer bucal no Brasil tem sido objeto de ações desde os anos de 1930⁵. Apesar disso, essas iniciativas eram descontínuas e de pouca abrangência, o que não possibilitou o controle da doença diante dos padrões esperados. Entre os fatores historicamente implicados para esse cenário destacaram-se a subutilização dos serviços pela população, a inadequada formação dos profissionais para diagnóstico do câncer bucal e a valorização dos dentes como únicas estruturas merecedoras de atenção na cavidade bucal^{14,15}.

Hoje, as ações públicas de prevenção e o controle do câncer bucal encontram-se na interseção entre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Apesar da ampliação do financiamento, da infraestrutura e dos recursos humanos na área de saúde bucal ¹⁶, ainda existem desafios para o acesso qualificado ao diagnóstico e tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para superá-los é necessário compreendermos os fatores estruturais relacionados à essas políticas. Assim, o objetivo desse estudo é analisar as políticas de oncologia e de saúde bucal em vigor, no que se refere ao processo de implantação e implementação dos componentes assistenciais relacionados ao câncer bucal.

METODOLOGIA

Analisaram-se as normativas que estruturam a PNPCC e a PNSB identificadas no site da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e localizadas no sistema Saúde Legis. Os dados foram coletados em novembro de 2017. Foram incluídas as que explicitam os componentes assistenciais responsáveis pelo cuidado dos usuários com câncer bucal e excluídas as que não abordam de forma direta a estruturação do cuidado assistencial dessa enfermidade, como por exemplo, as políticas de redução do tabagismo, que apesar da importância no controle dessa neoplasia, merecem uma análise específica.

A análise foi complementada com dados sobre o processo de implantação dos componentes assistenciais previstos na PNPCC. Para análise da atenção primária foram apresentadas, por região brasileira, as taxas de variação do número de habitantes, de equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF), de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (eSB), da cobertura populacional dessas equipes e do número de municípios atendidos por essa estratégia. Os dados foram coletados no site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE). As taxas de variação foram calculadas pela divisão dos valores encontrados em 2017 pelo de 2002 (maior faixa temporal disponível na SAGE). A mesma lógica de análise foi utilizada para a atenção secundária. As taxas de variação foram calculadas pela divisão dos valores encontrados em 2016 pelo de 2004 (maior faixa temporal disponível na SAGE).

No âmbito da atenção terciária, foram analisadas, por região brasileira e por tipo de unidade terciária habilitada, as relações entre o número de habitantes e o número de unidades, o número de casos gerais de câncer e de câncer bucal estimados pelo Instituto Nacional de

Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) ⁴ para 2018 e o número de unidades, o número de unidades com registro de cirurgia realizada para tratamento do câncer bucal e o número de cirurgias realizadas por unidade. Foram utilizadas informações da portaria de habilitação dessas unidades e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (disponíveis no período entre abril a setembro de 2017).

O referencial analítico utilizado foi a Teoria da Estruturação (TE) de Giddens ¹⁷. A TE tem se apresentado como um recurso teórico para análise das políticas públicas de saúde, que são estruturadas com base na intencionalidade governamental e nas ações concretas de diversos atores na aplicabilidade dessas políticas. Possui potencial analítico e possibilita a utilização e integração de diversos métodos de investigação, pois não é definida por limites pré-estabelecidos ^{18,19}.

A TE se baseia na compreensão da “dualidade da estrutura”, onde as propriedades estruturais do sistema social são compreendidas, ao mesmo tempo, como meio e resultado das práticas que elas recursivamente organizam ¹⁷. Busca-se uma compreensão equilibrada entre a influência das estruturas sociais nos agentes e a liberdade de ação desses mesmos agentes para modificar essa estrutura ^{20,21}.

A estrutura é composta por um conjunto de regras e recursos. As regras correspondem aos procedimentos inscritos na consciência prática do ator, sendo operacionalizadas em suas ações. Incluem-se as prescrições formalizadas e as regras informais vivenciadas na integração social. Possuem aspecto normativo, referente aos direitos e obrigações, e aspecto semântico, que alude ao significado qualitativo e processual das práticas. Além disso, possuem papel regulador, que determina como algo deve ser feito para que não haja sanções ^{17,19,21}.

Os recursos, por sua vez, são as facilidades que o agente tem acesso para alcançar seus objetivos. São classificados como alocativos, que se referem ao controle de bens e objetos, e autoritários, que são os recursos não materiais envolvidos na geração de poder. O poder é central na TE, sendo compreendido como a capacidade de controle de alguns atores pelos outros, o que depende da oportunidade e da relação existente entre os agentes ^{17,19}.

Diante do objetivo desse estudo, foi realizada a análise classificada por Giddens como do “tipo institucional”, enfatizando-se as propriedades estruturais do sistema de saúde por meio da análise das formas pelas quais a estrutura, por meio de regras (legislações, normas, protocolos) e recursos (humanos, financeiros, de estrutura física e autoritários), tem moldado as práticas dos agentes envolvidos (gestores, profissionais e usuários) ¹⁷.

Assim, os resultados foram organizados de forma a apresentar a estrutura na qual estão baseadas as práticas de controle do câncer bucal, considerando os diferentes componentes

assistenciais previstos na PNPC: Atenção primária; Atenção Especializada Ambulatorial; Atenção Especializada Hospitalar; e Atenção Domiciliar ²².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídas 10 (dez) normativas, publicadas entre 2004 e 2017 (seis são republicações em portarias de consolidação de 2017) (Quadro 1). Quatro se referem à organização das ações de saúde bucal ²²⁻²⁴, cinco estão relacionadas à oncologia ²⁵⁻²⁷ e uma ao processo de financiamento ²⁸.

Quadro 1: Normativas incluídas no estudo, por ano de publicação e objetivo.

Ano	Normativa	Objetivo
2004	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal ²³ .	Apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.
2012	Lei nº 12.732 de 22 de novembro ²⁵ .	Estabelece prazo para o início do tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada.
2014	Portaria MS/SAS nº 140 de 27 de fevereiro ²⁶ .	Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS.
2015	Portaria MS/SAS nº 516 de 17 de junho ²⁷ .	Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço.
2017	Portaria de Consolidação MS/GM nº 2 (Anexo IX) de 03 de outubro ²² .	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.
2017	Portaria de Consolidação MS/GM nº 2 (Anexo XXII) de 03 de outubro ²² .	Aprova a Política Nacional de Atenção primária, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção primária, na Rede de Atenção à Saúde.
2017	Portaria de Consolidação MS/GM nº 5 (Seção I do Capítulo V do Título IV) de 03 de outubro ²⁴ .	Institui os Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e estabelecidos os critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.
2017	Portaria de Consolidação MS/GM nº 5 (Seção II do Capítulo I do Título IV) de 03 de outubro ²⁴ .	Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção primária
2017	Portaria de Consolidação nº 5 (Seção II do Capítulo V do Título IV) de 03 de outubro ²⁴ .	Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
2017	Portaria de Consolidação MS/GM nº 6 de 03 de outubro ²⁸ .	Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

MS: Ministério da Saúde. SAS: Secretaria de Assistência à Saúde. GM: Gabinete do Ministro.

Fonte: Saúde Legis. Disponível em:

http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM. Acesso em 10 de novembro de 2017.

A estruturação da atenção oncológica no SUS é realizada por meio da PNCC de 2013, que aprimorou a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005. Seu objetivo é:

(...) a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos ²².

Na PNCC são apresentados os aspectos normativos que definem as responsabilidades dos gestores das três esferas do SUS. Como responsabilidade comum, todos devem garantir os recursos alocativos necessários para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes ²².

Além disso, compete à esfera federal cooperar com os demais gestores na organização dos serviços, garantindo o financiamento, elaborando protocolos clínicos, definindo diretrizes para a organização das linhas de cuidado e monitorando o cumprimento do prazo de sessenta dias após o diagnóstico para início do tratamento ^{22,25}. Ao ente estadual compete definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS para a elaboração de planos e pactos regionais necessários para o controle do câncer. Além disso, cabe ao estado contratualizar os serviços que estão sob sua gestão e garantir e monitorar o cumprimento do prazo de sessenta dias ²². Aos municípios compete pactuar regionalmente as ações e serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, além de contratualizar os serviços necessários quando não existir capacidade instalada no próprio município. Deve pactuar, também, a regulação e o fluxo de usuários, visando a garantia da referência e da contrarreferência ²².

Ao apresentar as diferentes responsabilidades dos gestores, buscou-se regular as relações entre os entes federativos, principalmente na formulação dos pactos para configuração das redes regionalizadas. Entretanto, apesar da normatização, a distribuição dos recursos alocativos e autoritários é bastante desigual, pois depende das oportunidades, do posicionamento e das relações existentes entre os agentes e suas instituições ¹⁷. Isso faz com que os gestores e profissionais, a depender das relações de poder e do acesso aos recursos alocativos, podem ter maiores ou menores dificuldades em sua prática cotidiana do controle do câncer bucal.

Atenção primária

O componente assistencial da atenção primária é regulado através da Política Nacional de Atenção primária (PNAB). Desenvolve ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Trata-se da porta de entrada preferencial do sistema, responsável pela coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos e contrafluxos dos usuários pela rede. Deve ser ofertada de forma universal, integral e gratuita ²².

A PNAB tem na eSF sua ação prioritária para expansão e qualificação desse nível de atenção ²². A eSB integrada à eSF pode ser de Modalidade 1 (um cirurgião-dentista e um técnico de saúde bucal (TSB) e/ou auxiliar de saúde bucal (ASB)) ou Modalidade 2 (uma eSB da Modalidade 1 acrescida de um TSB). As eSB devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho da eSF a que está vinculada, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito ²².

Cabe aos cirurgiões-dentistas da atenção primária a realização da atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva ²². No âmbito da oncologia, a PNPCC estabelece para a atenção primária a função de realizar ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco para o câncer. Dentre esses fatores, destaca-se para o câncer bucal a diminuição da prevalência do uso do tabaco e do álcool ^{9,22}.

Outra importante função da atenção primária destacada na PNPCC é o rastreamento de lesões precoces. Entretanto, para o câncer bucal não existem evidências científicas que o seu rastreamento resulta em aumento da sobrevivência dos pacientes ²⁹. Assim, cabe à eSB organizar outras estratégias, como o acompanhamento de grupos expostos frequentemente aos fatores de risco, visando a detecção precoce de lesões e posterior encaminhamento oportuno dos usuários para confirmação diagnóstica ^{22,23}.

A responsabilidade pelo financiamento da Atenção primária é tripartite, mas, devido à instabilidade dos recursos estaduais e municipais, o gasto público em saúde no Brasil tem sido historicamente financiado por recursos federais ³⁰. Esse maior acesso aos recursos alocativos confere ao ministro da saúde o papel de agente determinante das políticas públicas, mesmo tratando-se de entes federativos independentes entre si. Porém, apesar de seu papel protagonista, a relação do ministro com os demais gestores não é isenta de conflitos, pois os secretários estaduais e municipais de saúde, mesmo possuindo menos recursos alocativos, possuem estratégias de articulação política que aumentam suas influências na determinação

das políticas de saúde emanadas pelo Ministério da Saúde, o que ilustra a dialética de controle dessa relação.

O recurso federal desse componente é composto pelo Piso da Atenção primária Fixo e pelo Piso da Atenção primária Variável. Enquanto o primeiro é calculado por um valor *per capita*, o segundo é condicionado à implantação de estratégias e programas, servindo como importante fator indutor de implantação das eSB. Além do incentivo financeiro direto, o Plano de Fornecimento de Equipamentos Odontológicos para as eSB da eSF estabelece a doação, pelo Ministério da Saúde, de um equipo odontológico completo para cada equipe municipal implantada²⁸.

Pela PNAB também foram estabelecidas medidas para ampliação do acesso de populações com vulnerabilidades específicas. A Unidade Odontológica Móvel (UOM), constituída de consultórios estruturados em veículos adaptados e equipados cedidos pelo Ministério da Saúde aos municípios, são destinadas para municípios com grande extensão territorial. Além da UOM, o município recebe um repasse mensal, devendo garantir materiais de consumo e profissionais²². As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF) são destinadas à Amazônia Legal e ao Pantanal Sul-Mato-Grossense e podem contar com a presença do cirurgião-dentista, com financiamento semelhante à eSB da eSF^{22,28}. As equipes do Consultório na Rua (eCR) lidam com as diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua e o cirurgião-dentista e o TSB podem fazer parte da equipe, não havendo diferenciação no repasse de recursos^{22,28}. As equipes de saúde no Sistema Prisional (eSP), por sua vez, são constituídas por equipe multiprofissional e a presença do cirurgião-dentista e do TSB (ou ASB) é obrigatória. Há financiamento mensal que varia a depender do número de custodiados e modalidade das equipes^{22,28}. Essas são importantes medidas de estruturação da atenção ao câncer bucal, tendo em vista que são destinadas as populações que possuem acesso limitado e são frequentemente expostas aos principais fatores de risco³¹⁻³³.

O modelo de financiamento estimulou a expansão das eSF ao longo dos anos, incluindo as eSB (Tabela 1). Entre 2002 e 2017, o número de eSF aumentou em todas as regiões, destacando-se o Norte (2,69 vezes mais equipes). Em ritmo mais acelerado, o número de eSB aumentou em mais de cinco vezes no país, chegando a aumentar em nove vezes na região sudeste. Acompanhando esses números, a cobertura dos serviços das eSF e das eSB aumentou em todo o país (1,87 e 2,45 vezes maior, respectivamente). Já o número de municípios atendidos pela eSF aumentou cerca de 30%, alcançando cerca de 97% dos

municípios brasileiros. Já as eSB dobraram em quantidade de municípios cobertos, atingindo 88,5% dos municípios em 2017.

Tabela 1: Variação da população, equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) e de Equipes de Saúde Bucal (eSB), cobertura e municípios atendidos em 2002 e 2017, em números (N) e percentual (%), por região brasileira.

	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
População (N)						
2002	11.883.997	48.328.769	13.243.229	73.469.982	25.454.344	172.358.700
2017	15.660.988	56.915.936	17.740.418	86.356.952	29.439.773	206.114.067
Variação	1,32	1,18	1,34	1,18	1,16	1,20
Equipes (N)						
eSF 2002	1.417	6.699	1.214	4.981	2.423	17.734
eSF 2017	2.745	14.757	3.271	13.300	5.799	39.782
Variação eSF	1,94	2,20	2,69	2,67	2,39	2,24
eSB 2002	534	2.134	242	705	464	4.261
eSB 2017	1.933	10.700	1.812	6.486	3.122	24.053
Variação eSB	3,62	5,01	7,49	9,20	6,73	5,64
Cobertura (%)						
eSF 2002	38,97%	45,33%	30,56%	22,63%	30,73%	31,93%
eSF 2017	55,70%	75,13%	57,97%	49,93%	61,95%	59,74%
Variação eSF	1,43	1,66	1,90	2,21	2,02	1,87
eSB 2002	26,00%	28,00%	11,00%	6,00%	14,00%	15,00%
eSB 2017	39,94%	56,78%	33,26%	24,47%	34,33%	36,73%
Variação eSB	1,54	2,03	3,02	4,08	2,45	2,45
Municípios (N)						
eSF 2002	439	1.408	328	1.171	817	4.163
eSF 2017	458	1.786	445	1.574	1.139	5.402
Variação eSF	1,04	1,27	1,36	1,34	1,39	1,30
eSB 2002	349	1.025	154	334	440	2.302
eSB 2017	448	1.755	420	1.329	981	4.933
Variação eSB	1,28	1,71	2,73	3,98	2,23	2,14

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE). Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 28/11/2017.

Observa-se que a expansão das eSB foi em ritmo mais intenso do que da eSF durante o período estudado. Esse resultado está associado a três fatores inter-relacionados: a escassez de serviços de saúde bucal no período anterior à inserção da eSB na eSF, o atraso da inclusão da eSB na eSF e o processo de estruturação proporcionado pela PNSB e PNAB.

A inclusão da eSB na eSF buscou abranger uma demanda historicamente reprimida, sendo um importante passo na reorganização da atenção à saúde bucal, viabilizando a expansão da atenção primária de forma universal e rompendo com as políticas centradas em grupos restritos³⁴. Essa inclusão, realizada em 2000, seguiu uma proporção de duas equipes

da eSF para cada eSB. Apenas em 2003, com a estruturação da PNSB e a priorização das ações da atenção primária, foi possibilitada a ampliação do número de eSB até se igualarem às equipes da eSF. Assim, o maior ritmo de implantação das eSB identificado neste estudo ocorreu quando o processo de implantação das equipes de eSF já estava estabilizado.

Apesar da expressiva expansão das eSB observada, a atual cobertura de 36,73% é bastante limitada, considerando que se trata de um serviço de atenção primária inserido em um sistema de saúde universal ³⁵. A baixa cobertura, associada com a sobrecarga de trabalho das eSB, faz com que um grande contingente populacional fique com acesso limitado (ou sem acesso) às ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico do câncer bucal. Assim, apesar do aumento do investimento público, este ainda é insuficiente frente as necessidades acumuladas e a crescente demanda de serviços pela população ³⁵.

Além da ampliação de serviços, é necessário observar a qualidade em que estes estão sendo prestados. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção primária (PMAQ-AB) foi lançado em 2011 e se encontra no terceiro ciclo ²⁴. A adesão ao programa é voluntária, mas tem sido fortemente incentivada por repasses financeiros federais ^{19,23}. Mais do que um novo instrumento de financiamento e expressão de poder do ente federal, o PMAQ-AB deve servir como importante ferramenta de diagnóstico da qualidade dos serviços.

Dados do primeiro ciclo mostram que 72,66% das eSB afirmam fazer campanhas para detecção de lesões suspeitas de malignidade e encaminhamento dos casos. Apesar dessa alta porcentagem, é preciso destacar que não há informações sobre o tipo e método da campanha realizada, a frequência de realização, o público alcançado e, principalmente, a efetividade das mesmas na detecção precoce do câncer bucal ou no aumento de sobrevida dos usuários com lesão identificada. Destaca-se ainda que 48,3% relatam esperar 365 dias ou mais para conseguir consulta com o profissional especialista, 40,9% não registra e acompanha os casos suspeitos e confirmados e apenas 45,8% relataram existir fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer bucal ³⁶. Ou seja, apesar da normatização da atenção primária, poucas são as mudanças das práticas assistenciais direcionadas à essa enfermidade.

Diante desse cenário, observa-se que as regras definidas através das políticas de oncologia e de saúde bucal convergem sobre o papel da atenção primária no controle do câncer bucal. Essas políticas apresentam aspectos facilitadores do controle dessa neoplasia, como a incorporação da eSB nas diversas estratégias de conformação de equipes na atenção primária (eSF, eSFR, eSFF, eCR e eSP) e o aumento do financiamento federal para implantação e custeio dessas equipes. Porém, apresentam também aspectos coercitivos,

impostos aos profissionais das eSB, como a baixa cobertura assistencial e a sobrecarga de trabalho, o que dificulta o diagnóstico e tratamento precoce do câncer bucal.

Atenção Especializada Ambulatorial

A Atenção Especializada Ambulatorial prevista na PNPC é composta por serviços do segundo nível de atenção, capazes de realizar assistência diagnóstica e terapêutica, além de assegurar o encaminhamento dos usuários com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as unidades hospitalares ²².

Na PNSB o CEO é o responsável em prestar esses serviços. Há financiamento federal específico para implantação e custeio do CEO, a depender da modalidade do serviço: CEO Tipo I (3 consultórios), CEO Tipo II (4 a 6 consultórios), CEO Tipo III (7 ou mais consultórios) ²⁸. Os CEO assumem papel estratégico na detecção do câncer bucal no SUS, pois todas as unidades devem realizar, entre outros serviços, o diagnóstico e detecção do câncer bucal ²⁴.

De forma geral, o CEO tem sido considerado um avanço, pois representa uma ruptura com a histórica limitação de oferta a cuidados especializados em saúde bucal ³⁷. Conforme se observa na Tabela 2, o incentivo dado através da PNSB fez com que o número de CEO aumentasse ao longo dos anos, alcançado 1.033 estabelecimentos em 2016 (valor dez vezes maior do que em 2004). A região nordeste foi a que teve o maior acréscimo de unidades (16 vezes). A relação entre população e o número de unidades diminuiu oito vezes no Brasil, chegando à média de cerca de 200.000 habitantes por CEO. Em 2016, o Nordeste alcançou a melhor relação entre população e número de CEO (141.427 habitantes por CEO) e o Norte a pior relação (260.410 habitantes por CEO). O número de municípios com unidades instaladas aumentou em 14 vezes no país, alcançando 857 municípios. Apesar de o Sudeste ser a região onde houve o maior aumento proporcional do número de municípios (22,46 vezes), o Nordeste é a região que possui o maior número de municípios atendidos (356 municípios).

Tabela 2: Variação da população, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), relação população por CEO e municípios atendidos em 2004 e 2016, em números, por região brasileira.

	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
População						
2004	12.270.694	49.890.217	14.130.131	78.211.800	25.991.388	174.443.248
2016	15.447.265	56.570.893	17.447.494	84.682.360	29.238.905	206.705.005
Variação	1,25	1,13	1,23	1,08	1,12	1,18
CEO						
2004	15	25	6	39	15	100
2016	74	400	67	385	127	1033
Variação	4,93	16	11,16	9,87	8,46	10,33
População/CEO						
2004	818.046	1.995.608	2.355.021	2.005.430	1.732.759	1.744.432
2016	208.746	141.427	260.410	219.954	230.227	200.101
Variação	3,91	14,11	9,04	9,11	7,5	8,71
Municípios						
2004	9	21	4	13	13	60
2016	51	356	51	292	107	857
Variação	5,66	16,95	12,75	22,46	8,23	14,28

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE). Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 28/11/2017.

Verifica-se que a PNSB estimulou a expansão de serviços especializados em odontologia (dentre eles o diagnóstico do câncer bucal) por todas as regiões do país. Entretanto, a expansão é limitada a poucos municípios (15% das cidades), o que resulta em dificuldade de acesso para uma parcela da população. Além disso, o modelo de expansão aumentou a desigualdade de acesso, pois o direcionamento de recursos foi feito para cidades que já apresentavam os melhores indicadores sociais³⁸. Frente ao processo incipiente de regionalização do cuidado bucal³⁹, é importante investir de forma mais enérgica no CEO como um estabelecimento de âmbito regional (conforme já preconiza a legislação), para que os moradores de pequenos municípios também acessem esses serviços.

Outra estratégia para expansão do diagnóstico do câncer bucal que tem sido discutida é o estímulo para que profissionais da atenção primária também possam realizar as biópsias⁸. Porém, sabe-se que esses cirurgiões-dentistas, além de sobrecarregados com outras demandas, não se sentem habilitados para realizar esse procedimento⁴⁰, sendo necessário investimento em educação permanente e em materiais e instrumentais necessários.

Os repasses financeiros do CEO são vinculados a metas de produção para cada especialidade e modalidade de implantação. Porém, não há uma meta específica para o serviço de diagnóstico bucal, estando as biópsias de lesões suspeitas inseridas no grupo de procedimentos de cirurgia oral²⁸. A ausência de uma meta específica pode fazer com que os gestores direcionem os serviços para outras prioridades e não se sintam obrigados a oferecer esse serviço. Um indicativo dessa situação foi apresentado em estudo realizado com dados do

PMAQ-AB referentes ao estado do Rio de Janeiro. Entre as eSB que possuíam um CEO de referência, 25% responderam negativamente para acesso à especialidade de estomatologia. Ou seja, mesmo sendo essa a especialidade odontológica mais habilitada para o diagnóstico do câncer bucal e esse serviço ser obrigatório nos CEO, um número significativo de eSB está com dificuldades para confirmação diagnóstica das lesões suspeitas ⁴¹.

Visando qualificar as ações, foi criado em 2013 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), que trouxe a definição de parâmetros de qualidade para essas unidades ²⁵. Assim como no PMAQ-AB, o incentivo financeiro tem servido como incentivo para adesão dos municípios ²⁸. Ainda não foram encontrados estudos referentes ao primeiro ciclo do PMAQ-CEO. Esse tipo de ação é imprescindível, pois se sabe do descompasso existente entre a proposta da política e a prática no cotidiano dos serviços ⁴².

Atenção Especializada Hospitalar

A Atenção Especializada Hospitalar em oncologia é composta pelas unidades habilitadas como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica. Esses serviços têm o objetivo de oferecer tratamentos especializados de alta complexidade para as pessoas com câncer, ofertar e orientar os cuidados paliativos na internação e na assistência ambulatorial e domiciliar ²².

Os Cacon são estabelecimentos que realizam diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (mas não obrigatoriamente para os cânceres raros e infantis). Todos Cacon devem oferecer cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. As Unacon realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento apenas para os cânceres mais prevalentes, oferecendo minimamente os tratamentos cirúrgico e quimioterápico. Caso não ofereçam tratamento radioterápico, devem contratualizar formalmente esse serviço com outra unidade. Os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem o tratamento cirúrgico do câncer e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos que necessitam de complementação terapêutica ²².

Na Portaria MS/SAS nº 140 de 2014 são apresentados os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos

habilitados na atenção especializada em oncologia ²⁶. Esse aspecto é denominado por Giddens como regulador, pois define os limites de atuação que cada estrutura possui ¹⁷.

Segundo essa Portaria, o processo de habilitação deve obedecer a razão de um estabelecimento para cada 500.000 habitantes. É autorizado à região Norte a habilitação de uma Unacon em regiões com menos que 500.000 habitantes e baixa densidade demográfica. Por sua vez, nas regiões Sul e Sudeste é admitida habilitação de Cacon ou Unacon em áreas com menos que 500.000 habitantes, desde que haja estimativa de 900 casos novos anuais de câncer ²⁶.

Na Tabela 3 é observado o número de estabelecimentos habilitados na atenção hospitalar especializada em oncologia em 2017 por região brasileira ⁴³, destacando-se que 48% dos serviços estão no Sudeste. Essa concentração de serviços está associada a dados demográficos (maior densidade demográfica e população mais idosa), epidemiológicos (maior incidência de câncer) e econômicos (região com municípios mais recursos financeiros). Verifica-se que, apesar das diferenças regionais existentes na relação do número de habitantes por unidade habilitada em oncologia, o número de casos de câncer e de câncer bucal estimados para 2018 por unidade especializada é bastante semelhante entre as regiões (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das unidades habilitadas em oncologia e da relação entre o número de habitantes, casos estimados de câncer e casos estimados de câncer bucal, por unidade e região brasileira, 2018.

Unidades	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
Cacon	2	10	1	22	9	44
Hospital Geral com Cirurgia Oncológica	0	0	1	7	0	8
Unacon	19	47	9	113	58	246
TOTAL	21 (7%)	57 (19%)	11 (3%)	142 (48%)	67 (23%)	298
Unidades habilitadas	755.996	1.004.459	1.630.564	612.322	442.462	696.849
Habitantes por unidade	2.077	2.058	2.124	1.917	1.877	1.954
Casos de câncer por unidade*	49	49	45	53	42	49
Casos de câncer bucal por unidade*						

Cacon: Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Unacon: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

* Casos estimados para 2018.

Fontes: INCA, 2017 ³; Portaria MS/SAS nº 458 de 2017 ⁴³; Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>

O tratamento do câncer bucal deve seguir as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2015. Nesse documento são definidos os critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e

avaliação de caráter nacional. Segundo essas diretrizes, os usuários devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como Cacon ou Unacon com radioterapia ²⁷.

De fato, todos os Cacon devem realizar tratamento para o câncer bucal. O tratamento nas Unacon e nos Hospitais Gerais de Cirurgia Oncológica pode ser realizado, desde que haja programação para esse serviço definido pelas comissões intergestores do SUS ²⁶. No período de seis meses após a publicação da portaria de habilitação, 219 estabelecimentos, dos 299 habilitados, lançaram no Sistema de Informação Hospitalar do SUS a realização de 1.891 cirurgias para tratamento do câncer bucal (Tabela 4).

Tabela 4: Número de hospitais habilitados em Oncologia que lançaram no Sistema de Informação Hospitalar do SUS a realização de cirurgia para tratamento do câncer bucal e número dessas cirurgias no período entre abril a setembro de 2017, por região brasileira.

Unidades	Centro -Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
Cacon						
Unidades	2	10	1	22	9	44
Unidades com registro de cirurgia	2	9	1	21	9	42
% de unidades com registro de cirurgia	100%	90%	100%	95%	100%	95%
Número de cirurgias	88	148	4	389	133	762
Número de cirurgias por unidade	44,0	16,4	4,0	18,5	14,7	18,14
Hospital Geral com Cirurgia Oncológica						
Unidades	0	0	1	7	0	8
Unidades com registro de cirurgia	0	0	0	2	0	2
% de unidades com registro de cirurgia	0%	0%	0%	28%	0%	25%
Número de cirurgias	0	0	0	3	0	3
Número de cirurgias por unidade	0	0	0	1,5	0	1,5
Unacon						
Unidades	19	47	9	113	58	246
Unidades com registro de cirurgia	13	25	8	79	50	175
% de unidades com registro de cirurgia	68%	53%	89%	70%	86%	71%
Número de cirurgias	50	233	54	509	280	1.126
Número de cirurgias por unidade	3,8	9,3	6,8	6,4	5,6	6,4
Total						
Unidades	21	57	11	142	67	298
Unidades com registro de cirurgia	15	34	9	102	59	219
% de unidades com registro de cirurgia	71%	59%	81%	72%	88%	73%
Número de cirurgias	138	381	58	901	413	1.891
Número de cirurgias por unidade	9,2	11,2	6,4	8,8	7,0	8,6

Cacon: Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Unacon: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

Fontes: Portaria MS/SAS nº 458 de 2017 ⁴³; Sistema de Informação Hospitalar do SUS. Disponível em: <http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>. Acesso em 15 de novembro de 2017.

É possível observar que 73% das unidades habilitadas no país realizaram cirurgia para o câncer bucal no período analisado. Dois Cacon não lançaram a realização do procedimento, que deve ser obrigatório nesses serviços ²⁶. Verifica-se que a maioria das cirurgias foram

realizadas nas Unacon, haja vista o maior número dessas unidades. Porém, os Cacon possuem produção média três vezes maiores que as Unacon. Ao olharmos as diferenças regionais, verificamos novamente as desigualdades de acesso, na qual a região Norte possui o menor número de unidades habilitadas, bem como o menor número de cirurgias realizadas, enquanto o Sudeste possui os indicadores com valores mais elevados.

As regras de implantação e funcionamento dos Cacon e Unacon são importantes instrumentos normativos de estruturação dos serviços especializados em oncologia. Essas normas apresentam requisitos mínimos que buscam garantir a qualidade dos serviços prestados à população. Entretanto, apesar desse aspecto facilitador para padronização e qualidade, essas normas podem dificultar a implantação de serviços nas regiões onde os gestores têm a sua disposição menos recursos alocativos. Essa situação se agrava ao observarmos que não foi estabelecida uma política de financiamento específica⁴⁴, conforme ocorreu nos outros níveis de atenção.

Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar, no âmbito da PNPCC, se refere aos cuidados paliativos dos usuários com câncer, que devem ser realizados de forma compartilhada com as equipes de atenção primária e articulados com as unidades especializadas. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (eMAD) devem respeitar a cultura e os valores das famílias, dando ênfase no controle dos sintomas e na comunicação clara com os usuários e familiares²².

Essa modalidade de cuidado tem ganhado destaque não apenas no Brasil. Em um estudo com 1.290 pacientes com câncer bucal acompanhados por 20 anos na Inglaterra, identificou-se que os pacientes estão mais propensos a morrer em casa ou em uma unidade especializada em cuidados paliativos do que no passado. Segundo os autores, isso deve ser visto como uma tendência positiva, haja vista que corresponde a preferência dos pacientes⁴⁵.

No Brasil, as eMAD são compostas por médico(s), enfermeiro(s), fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) e técnico(s) ou auxiliar(es) de enfermagem. A essa equipe pode-se integrar uma Equipe Multiprofissional de Apoio (eMAP), que pode ser composta por diferentes profissionais, entre eles o cirurgião-dentista. A PNSB não aborda essa modalidade de cuidado^{23,24}.

As normas referentes ao cuidado domiciliar têm viabilizado o desenvolvimento de importantes serviços que visam a melhoria da qualidade de vida dos usuários sem

possibilidades de cura. Entretanto, há uma limitação prevista na norma que inviabiliza a implantação na maioria dos municípios brasileiros, pois é necessário que o município tenha mais que 20.000 habitantes, possua um hospital de referência e seja coberto por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ²⁴. Frente à essa limitação condicionada pela regra, gestores e profissionais de pequenos municípios devem desenvolver estratégias para que os usuários não fiquem desamparados. O fortalecimento da RAS, integrando a atenção primária local com os serviços especializados regionais, bem como a instrumentalização de cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar, são alguns dos caminhos possíveis ²⁴.

Destacamos que a principal limitação do estudo é que não houve acesso à prática assistencial, focando-se nas propriedades estruturais do sistema de saúde, conforme orienta a pesquisa do tipo institucional de Giddens. Cabe a estudos futuros a realização da análise da “conduta estratégica”, que foca sobre os modos como os agentes se apoiam nas propriedades estruturais para a constituição das ações, dando-se primazia à análise das consciências discursivas e práticas dos agentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há convergência entre a PNCC e a PNSB na organização das ações direcionadas à prevenção e controle do câncer bucal. A preocupação governamental com os processos regulatórios dos recursos autoritários e com o aumento na destinação de recursos alocativos direcionou a expansão dos serviços nos últimos 15 anos em todo o país. Porém, apesar da expansão, a cobertura populacional continua baixa, o que dificulta o diagnóstico e tratamento em tempo hábil e reflete diretamente na qualidade e tempo de sobrevivência dos usuários, bem como no aumento dos custos para o sistema.

É necessário investir no processo de regionalização e universalização dos serviços para diminuir as desigualdades de acesso. Porém, em tempos de austeridade fiscal e cortes de gastos em programas sociais, o cenário torna-se preocupante. Um possível retrocesso nessas políticas pode agravar a situação e atingir aqueles que mais necessitam do SUS, contribuindo para o aumento dessas desigualdades.

REFERÊNCIAS

1. Biazevic MGH, Antunes JLF. Câncer Bucal. In: Antunes JLFA, Peres MA. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
2. Tapia JL, Goldberg LJ. The challenges of defining oral cancer: analysis of an ontological approach. *Head and Neck Pathol* 2011; 5: 376-384
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Informativo Detecção Precoce*. Rio de Janeiro: INCA. Boletim ano 7, n.1, 2016.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
5. Dias AA, Sampaio JJC, Rego DM, Lima DLF, Dalcico R. Políticas públicas e epidemiologia do câncer de boca. In: Dias AA. *Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Santos; 2006. p. 297-314.
6. Torre, LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65(2): 87-108.
7. Montoro JRMC, Hicz HÁ, Souza L, Livingstone D, Melo DH, Tiveron RC, et al. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008; 74(6): 861-866.
8. Torres-Perreira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos-Jr CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.1): 30-39.
9. Bonfant GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade ELG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(5): 983-997.
10. Visentin A, Lenardt MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. *Acta paul enferm* 2010; 23(4): 486-492.
11. Almeida FCS, Cazal C, Pucca Júnior GA, Silva DP, Frias AC, Araújo ME. Reorganization of Secondary and Tertiary Health Care Levels: Impact on the Outcomes of Oral Cancer Screening in the São Paulo State. *Braz Dent J* 2012; 23(3): 241-255.
12. Cunha AR, Bavaresco CS, Carrard VC, Lombardo EM. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. *J Bras Tele* 2013; 2(2): 66-74.
13. Lombardo EM, Cunha AR, Carrard VC, Bavaresco CS. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4): 1223-1232.

14. Saltz E. Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca: quinquênio 1988-93. *R Bras Canc* 1988; 34 (4):221-239.
15. Teles JCB. Assistência odontológica no país: perspectivas 1. *Cadernos de Saúde Pública* 1985; 1 (2): 253-262.
16. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1791-1803.
17. Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
18. O'Dwyer G, Mattos RA. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis* 2010; 20(2): 609-623.
19. O'Dwyer G. Estudos de políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 173-192.
20. Giddens A, Sutton PW. *Conceitos essenciais da Sociologia*. São Paulo: Editora Unesp; 2016.
21. Silva FRR. *O caminho da constituição da sociedade: a teoria da estruturação de Anthony Giddens*. Jundiaí: Paco Editorial; 2016.
22. Brasil. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 03 out.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Brasil. Portaria de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 03 out.
25. Brasil. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União* 2012; 23 nov.
26. Brasil. Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2014; 27 fev.
27. Brasil. Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço. *Diário Oficial da União* 2015; 18 jun.

28. Brasil. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 30 out.
29. Rethman MP, Carpenter W, Cohen EE, Epstein J, Evans CA, Flaitz CM, et al. American Dental Association Council on Scientific Affairs Expert Panel on Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. *Tex Dent J* 2012; 129(5):491-507.
30. Mendes A, Marques RMM. O financiamento da Atenção primária e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saude debate* 2014; 38(103): 900-916.
31. World Health Organization (WHO). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO; 2007.
32. Pukkala E, Martinsen JI, Lynge E, Gunnarsdottir HK, Sparén P, Tryggvadottir L, Weiderpass E, Kjaerheim K. Occupation and cancer – follow-up of 15 million people in five Nordic countries. *Acta Oncol* 2009; 48(5): 646-790.
33. Van Hout MC, Hearne E. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. *J Ir Den Assoc* 2014; 60(3):144-149.
34. Gigante EC, Guimarães JP. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. *Cad Saude Desenv* 2013; 3(2): 66-77.
35. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J* 2013; 63: 237–243
36. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saude debate* 2014; 38(especial): 140-157.
37. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saude Debate* 2009; 33(81): 64-71.
38. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9): 3879-3888.
39. Mello ALSF, Andrade SR, Moysés SJ, Erdmann, AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):205-214.
40. Noro LRA, Landim JR, Martins MCA, Lima YCP. The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5): 1579-1587.
41. Casotti E, Monteiro ABF, Castro-Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 21(5): 1573-1582.
42. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saude Soc* 2015; 24(1): 273-284.

43. Brasil. Portaria nº 458, de 24 de fevereiro de 2017. Mantem as habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014. *Diário Oficial da União* 2017; 24 fev.
44. Silva MJS, Lima FLTL, O'Dwyer G, Osorio-de-Castro CGS. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *R Bras Canc* 2017; 63(3): 177-187.
45. Kamisetty A, Magennis P, Mayland C, Jack B, Lowec D, Rogers SN. Where do patients treated for oral cancer die? A 20-year cohort study 1992-2011. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2015; 53: 1015–1020.

6 PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL: PAPEL DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE

RESUMO

O diagnóstico e o tratamento do câncer bucal demandam de estruturas de atenção secundária e terciária. Devido aos altos custos e ao perfil de pequeno porte populacional da maioria dos municípios brasileiros, a construção de redes de atenção à saúde tem sido apontada como um caminho promissor. Normativamente, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) têm um papel central na definição das diretrizes de organização dessa rede. O objetivo desse trabalho é analisar o papel da CIB na facilitação do acesso dos usuários às ações de prevenção e controle do câncer bucal no âmbito do SUS. Realizou-se um estudo de caso documental, utilizando-se das atas e deliberações da CIB do estado do Rio de Janeiro. Foram incluídos na análise 739 documentos, que tiveram os trechos de interesse classificados em três categorias: Constituição da rede; Financiamento; e Qualificação profissional. Identificou-se que as normas federais são fortemente estruturantes, deixando pouca margem de atuação para os gestores municipais e estaduais. A discussão a respeito do financiamento da saúde bucal foi limitada ao credenciamento de equipes às ações estratégicas do Ministério da Saúde, apesar de iniciativa recente de co-financiamento da atenção primária por parte do estado e do crescimento de recursos destinados às emendas parlamentares. Nas ações de qualificação profissional, o papel da CIB/RJ foi mais de incentivadora, pois as atividades estavam, em grande maioria, articuladas entre as instituições de ensino e a Secretaria de Estado de Saúde. É imperativo manter o acompanhamento da implementação do Plano Estadual de Atenção Oncológica do Rio de Janeiro e das mudanças nos programas federais, pois ambos se mostraram estruturantes no processo decisório dos agentes e podem ser determinantes para o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal.

Descritores: Administração de Serviços de Saúde; Regionalização; Assistência à Saúde; Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

As ações de prevenção e controle do câncer bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido direcionadas, principalmente, pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), da Política Nacional de Atenção primária (PNAB) e da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). As regras e recursos normatizados por essas políticas têm estimulado a ampliação da rede de serviços de saúde por todo o país, mesmo que de forma limitada ¹.

A consolidação do acesso às ações e serviços de maior complexidade, demanda alto custo de investimento. O porte populacional da maioria dos municípios brasileiros, associado ao baixo grau de financiamento, torna imperioso que a organização do cuidado seja baseada em regiões de saúde ^{2,3}.

Essa articulação de municípios limítrofes visa possibilitar uma rede comum para seus municípios, a partir da divisão de custos e investimentos⁴. Porém, esse processo constitui um desafio, pois as regiões de saúde são construídas, regidas e financiadas mediante acordos e negociações intergovernamentais ⁵, que não são isentos de conflitos.

Criadas pela Norma Operacional Básica nº 01 de 1993, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) foram reconhecidas pela Lei nº 8.080 de 1990 como foro de negociação e pactuação entre gestores dos aspectos operacionais do SUS. Cabe à CIB decidir coletivamente sobre os aspectos financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, definir diretrizes a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde e sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência ⁶.

A despeito desse papel legal, o cenário de baixo financiamento faz com que os gestores disputem recursos, havendo pouco estímulo para cooperação e articulação entre os municípios nas regiões de saúde, enfraquecendo o papel da CIB ⁴. Mesmo assim, a CIB ainda tem se constituído como uma importante arena de embates constantes entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de importância na formulação e implementação das políticas de saúde ⁷.

Analisar as formas de pelas quais as CIB têm abordado o acesso dos usuários com câncer bucal é primordial para compreender a estruturação da rede de serviços destinados ao controle desse tipo de câncer. Tendo em vista essas questões, o objetivo desse trabalho é analisar o papel da CIB na facilitação do acesso dos usuários às ações de prevenção e controle do câncer bucal no âmbito do SUS.

MÉTODO

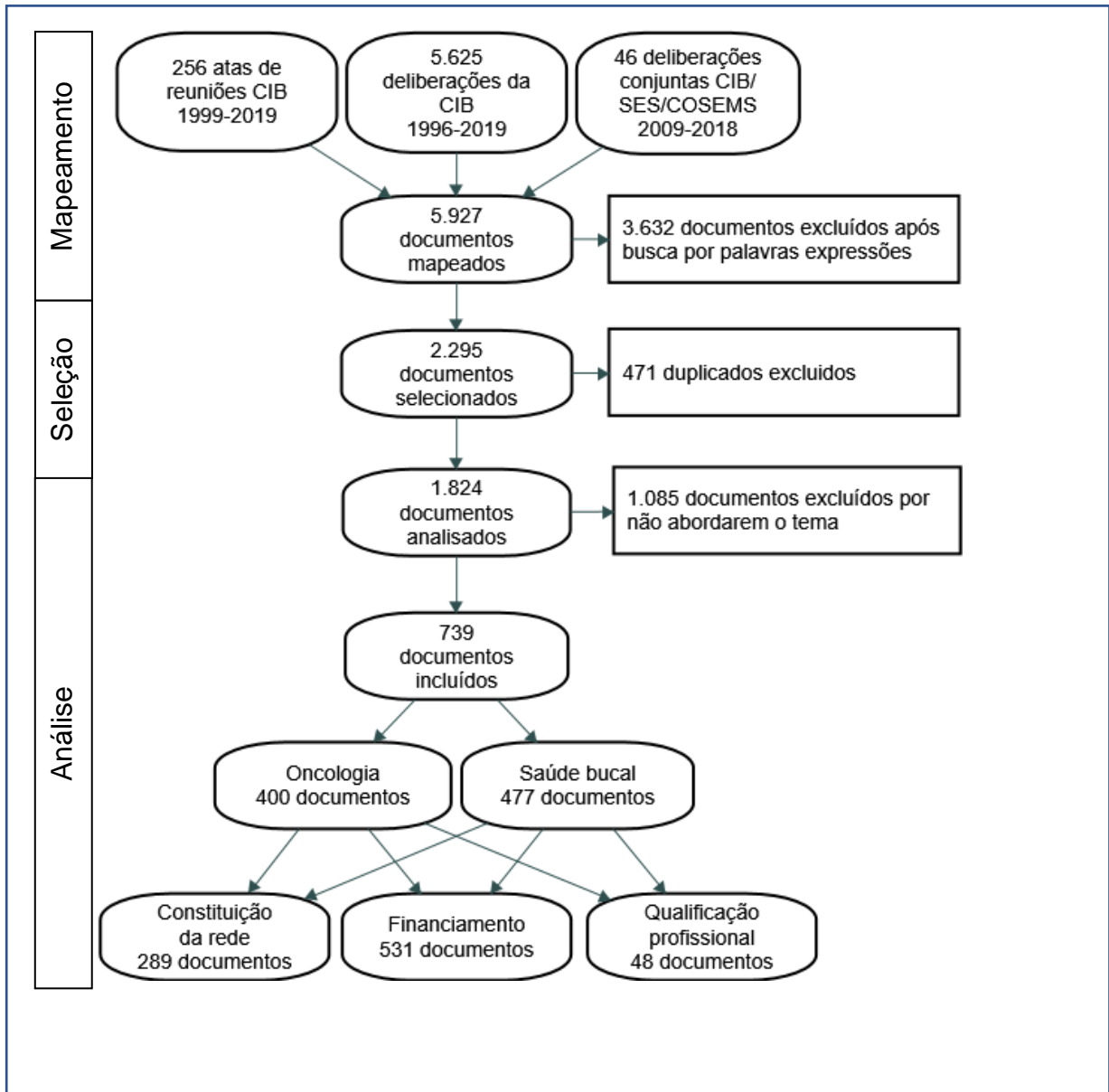
Trata-se de um estudo de caso exploratório, utilizando-se de análise documental⁸⁻⁹ das atas de reuniões e deliberações disponibilizadas pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ) em sua página da internet (<http://www.cib.rj.gov.br/>). Buscou-se, não se apegar ao conteúdo, mas, principalmente, compreender o contexto de produção e a intencionalidade dos agentes envolvidos¹⁰.

A CIB/RJ foi criada em 1993, porém as reuniões começaram de forma regular a partir de 1994. Havia discordância entre o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), que foi resolvida por meio de intervenção federal para que as reuniões ocorressem¹¹. A CIB/RJ é formada paritariamente por doze representantes titulares da SES/RJ, e doze titulares do COSEMS/RJ e seus respectivos suplentes. Além disso, um representante do Ministério da Saúde tem direito a voz nas reuniões, devido a ampla rede federal existente no estado. Para assessorar suas atividades, a CIB/RJ conta ainda com uma Câmara Técnica e Câmaras Técnicas Temáticas, subordinadas à primeira.

A coleta de dados foi realizada por meio de *download* de todos os documentos disponíveis, o que contemplou o período de 1996 a 2019. Os arquivos foram inseridos no *software* NVivo 12® para a etapa de mapeamento dos documentos de interesse. Para tanto, utilizou-se a ferramenta de consulta de palavras e expressões desse programa. Buscou-se por trechos relacionados ao acesso do usuário com suspeita ou confirmação de câncer bucal aos serviços do SUS, considerando as ações e serviços previstos na PNSB, PNAB e na PNPCC. Não foram incluídas ações mais amplas, como as políticas de prevenção do tabagismo ou alimentação saudável, mesmo que tenham relação com o tema do estudo, considerando a especificidade e amplitude dessas temáticas.

O resultado das diferentes estratégias de busca nos 5.927 documentos disponíveis foi de 2.295 documentos com trechos mapeados, sendo 471 posteriormente excluídos por estarem duplicados. Analisou-se a pertinência de cada trecho selecionado dos 1.824 documentos, de acordo com o objetivo desse trabalho, sendo finalmente incluídos 739 documentos, 400 ligados às ações de oncologia e 477 sobre saúde bucal (138 documentos abordavam os dois temas) (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de mapeamento, seleção e análise dos documentos disponibilizados pela CIB/RJ (1996-2019).



Fonte: os autores.

Legenda: CIB: Comissão Intergestores Bipartite; SES/RJ: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; COSEMS: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro.

A análise dos documentos foi realizada à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. Essa teoria atenta, ao mesmo tempo, à capacidade reflexiva dos agentes e ao condicionamento de estruturas prévias¹². Os agentes são aqueles que intervêm sobre um curso de eventos, de maneira que o que ocorreu não teria acontecido, caso não houvesse tal intervenção. Todas as ações dos agentes possuem motivação, racionalização e monitoração reflexiva¹³⁻¹⁶.

No executar cotidiano de suas ações, os agentes interagem em situações de co-presença (integração social) ou de não co-presença (integração sistêmica)¹⁵. Ambas

integrações são permeadas constantemente por relações de poder, que ganham centralidade na análise social, pois são consideradas inerentes à constituição da vida social ¹⁴.

Outra importante consideração sobre a Teoria da Estruturação, é que, apesar dos agentes sempre saberem o que estão fazendo, eles podem desconhecer as circunstâncias em que a ação se desenvolve, bem como as consequências das atividades realizadas. Assim, os agentes não possuem controle absoluto sobre suas ações e as consequências delas, sendo limitados, em parte, pelas estruturas ¹⁴.

Estrutura, para Giddens, é o conjunto de regras e recursos, recursivamente implicados na reprodução de sistemas sociais. As regras correspondem ao conjunto de procedimentos inscritos na consciência prática do agente ¹⁷. Incluem-se nesse conjunto as prescrições formalizadas, e as regras informais, tacitamente apreendidas ^{14,18}. Os recursos, por sua vez, são as facilidades, ou base de poder, que o agente tem acesso para alcançar seus objetivos ¹⁶. Podem ser classificados como alocativos, que se referem ao controle de bens e objetos, e autoritários, que são os recursos não materiais envolvidos na geração de poder ¹⁵.

Apesar de sua característica restritiva e coercitiva, a estrutura pode ser compreendida também nos seus aspectos mais facilitadores ¹⁴. As propriedades estruturais dos sistemas sociais constituem, ao mesmo tempo, o meio e o fim das atividades contextualmente realizadas pelos agentes. Esse entendimento corresponde ao que Giddens denominou de “dualidade da estrutura”.

Essa compreensão sinaliza que a sociedade não é a criação de sujeitos individuais, ao mesmo tempo em que está distante de qualquer concepção estrutural coercitiva. É uma tentativa de compreender o equilíbrio entre a influência da sociedade no indivíduo e a liberdade do indivíduo para agir e influenciar a sociedade. Estrutura e ação estão, desta forma, indissociavelmente ligadas, não tendo uma prioridade sobre a outra ^{18,19}.

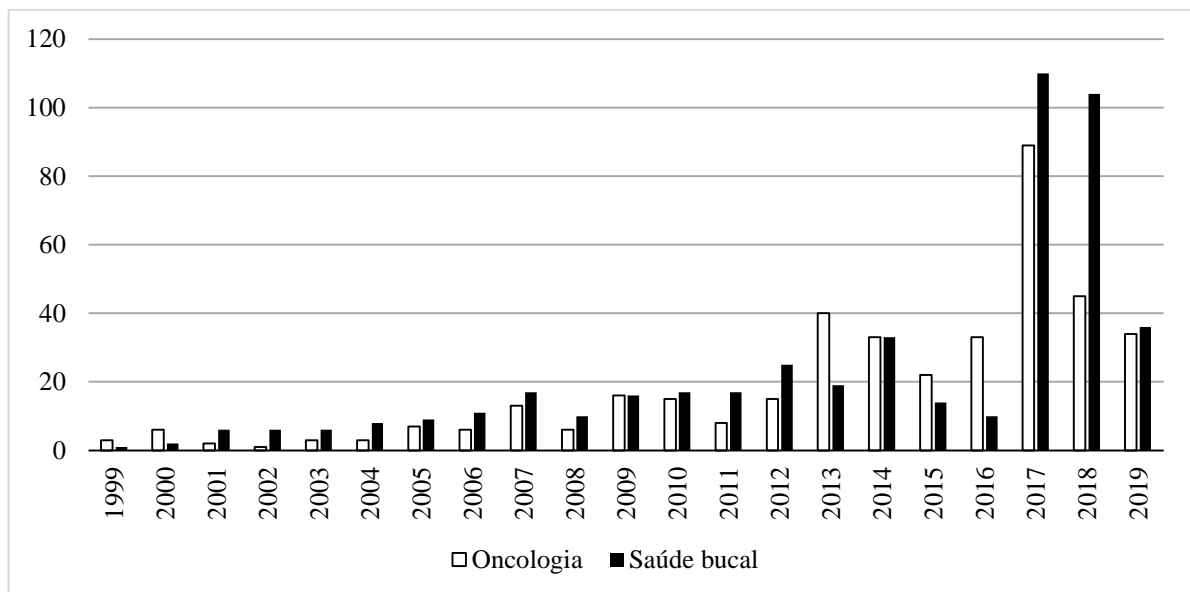
A partir da análise dos documentos, os trechos selecionados foram classificados em três categorias: Constituição da rede; Financiamento; e Qualificação profissional. Cabe destacar que essa separação tem apenas objetivo analítico, pois as categorias são inter-relacionadas, não podendo ser completamente isoladas umas das outras.

Por se tratar de documentos públicos disponibilizados livremente pela CIB/RJ, esse trabalho não precisou ser apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determina a legislação em vigor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A CIB/RJ, ao longo dos 23 anos analisados, realizou discussões e deliberou ações que interferiram diretamente na organização das ações e serviços de saúde voltada aos usuários com câncer bucal. As ações de oncologia e de saúde bucal foram tema de discussão e deliberação desde 1999, sendo progressivamente incluídas na pauta (Figura 2).

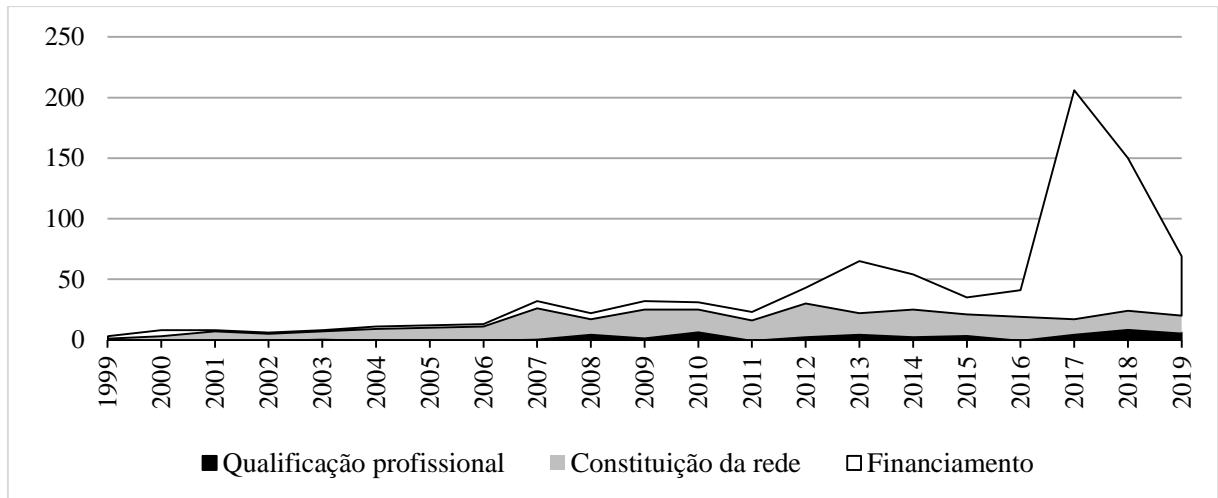
Figura 2: Número de documentos incluídos nessa pesquisa, por tema e ano de publicação.



Fonte: os autores.

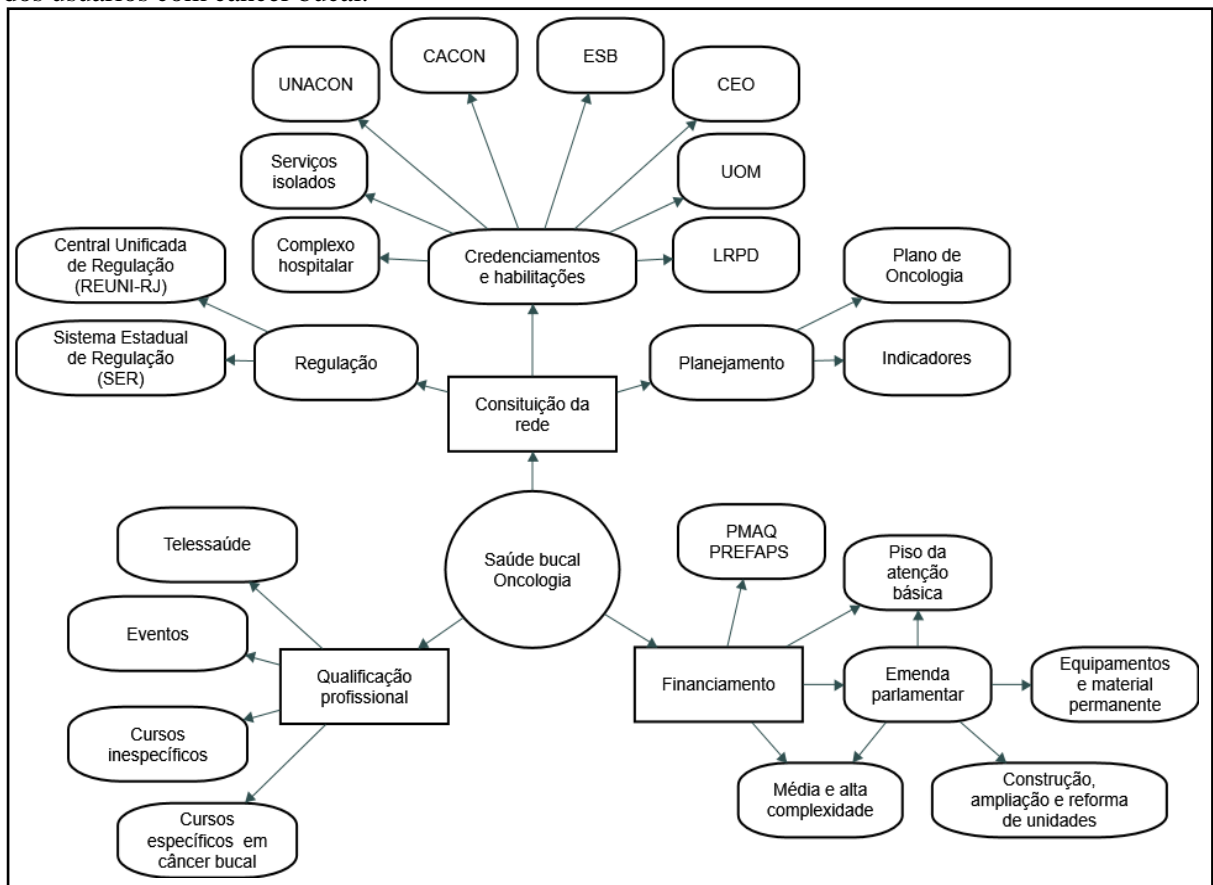
Os temas “Constituição da rede” e “Financiamento das ações” ganharam mais destaque do que os de “Qualificação profissional”. Em 2017 e 2018 houve um aumento do número de documentos publicados, principalmente deliberações do tema “financiamento”, que já havia se destacado a partir de 2011 (Figura 3). Cada uma dessas categorias abrange temas que são de extrema importância para compreender o processo de organização das ações no estado do Rio de Janeiro (Figura 4).

Figura 3: Número de documentos incluídos nessa pesquisa, por categoria analítica e ano de publicação.



Fonte: os autores.

Figura 4: Mapa temático das discussões e deliberações da CIB/RJ (1996-2019) relacionadas ao acesso dos usuários com câncer bucal.



Legenda: Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas; eSB: Equipe de Saúde Bucal da Saúde da Família; LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária; PMAQ: Programa de Melhoria do acesso e da Qualidade; PREFAPS: Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde; REUNI-RJ: Central Unificada de Regulação; SER: Sistema Estadual de Regulação; Unacon: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; UOM: Unidade Odontológica Móvel.

Constituição da rede

A constituição da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi tema constantemente abordado nas reuniões da CIB/RJ. Essa discussão centrou-se em três aspectos: credenciamento de unidades e serviços previstos na PNSB, na PNAB e na PNPCC; regulação do acesso às ações de controle do câncer bucal; e planejamento das ações e serviços.

A PNSB favoreceu a organização de serviços de saúde bucal nos municípios fluminenses²⁰. O credenciamento das unidades de saúde bucal seguiu a agenda federal, tendo como fator facilitador o conjunto de regras e a destinação de recursos específicos para a implementação dessa agenda. A forma de apresentação desse tema nas reuniões denotou caráter mais informativo e menos discursivo, sendo, frequentemente, realizada a aprovação em bloco de propostas previamente aprovadas pela área técnica da SES/RJ ou pela Câmara Técnica da CIB/RJ. Esse caráter mais prescritivo de se fazer cumprir as normas federais e recomendações estaduais, com pouco espaço de criação local, também foi encontrado em Santa Catarina²¹.

As rotinas e fluxos que exigiam o parecer da Câmara Técnica antes do encaminhamento para a CIB/RJ fez com que a Câmara ganhasse peso nas decisões, trazendo mais caráter técnico e reduzindo os conflitos políticos⁷. Cabe destacar que, a partir de julho de 2019, o credenciamento das unidades de atenção primária passou a não ter mais trâmite obrigatório nas comissões intergestoras. A mudança originou-se da Portaria MS/GM nº 1.710, de 2019, que trata da desburocratização dos serviços de saúde. Desde então, o processo de credenciamento das equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família (eSB) e Unidades Odontológicas Móveis (UOM) é feita por solicitação direta do município para o Ministério da Saúde, cabendo apenas um comunicado à CIB e à secretaria estadual de saúde. Caberá aos estudos futuros analisarem os resultados dessa mudança, pois, como não há a obrigatoriedade da construção de um projeto e aprovação por um colegiado, o credenciamento de novas equipes se baseará apenas na disponibilidade de recurso.

A expansão das eSB foi acelerada a partir de 2001. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) entraram em pauta a partir de 2004, tendo também expansão rápida. Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) entraram em discussão a partir de 2004 e as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) em 2010.

Durante o período analisado, não houve registros de descredenciamento de eSB / eSF. Porém, em relação aos CEO, houve constante preocupação com a implantação e alcance das metas de produção. Em 2007, apenas três dos 45 serviços credenciados no estado atingiram a

meta de produção exigida para manutenção dos repasses dos recursos destinados ao custeio mensal. Em 2010, o Ministério da Saúde enviou uma lista à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) com os CEO sem produção adequada e em risco de corte de recurso. Em 2013, foi registrada a suspensão de recursos por ausência de produção no sistema e em 2015, diante da verificação de que seis CEO tiveram recursos de implantação antecipados e não foram inaugurados pelos municípios, foi informado que os recursos seriam devolvidos pelos municípios, em parcelas descontadas diretamente nos repasses federais.

A produção mensal dos CEO tem sido um problema comum pelo país ²²⁻²⁶. Não é possível, por este estudo, saber se a métrica de desempenho está acima da capacidade dos serviços conforme foram planejados, ou se a implantação dos serviços está aquém do esperado. Houve relatos de cortes por ausência de produção lançada no sistema de informação e não alcance das metas estabelecidas, bem como houve devolução de recursos antecipados para serviços autorizados, mas não implantados. Apesar da produção mensal dos CEO ser importante no aspecto de manutenção do financiamento de custeio, ela tem pouca relação com o diagnóstico do câncer bucal, haja vista que a única especialidade que não possui produção mínima avaliada isoladamente é a de diagnóstico de lesões bucais.

Outra questão abordada nas reuniões foi a ausência do perfil regional dos CEO, apesar dos atuais requisitos necessários para credenciamento de CEO permitirem a habilitação de um CEO regional, composto por municípios de pequeno porte populacional. Esse é um cenário comum no país, pois a maior parte dos CEO implantados está concentrada em municípios de grande porte demográfico e com melhor Índice de Desenvolvimento Humano ²⁷. Os LRPD tiveram problemas semelhantes aos do CEO, tanto no que se refere à dificuldade de alcance das metas de produção para manutenção do repasse financeiro de custeio, quanto na dificuldade de implantação regional. A distribuição dessas unidades pelo país não apresenta coerência com os princípios da regionalização no SUS, podendo o problema estar associado a uma ausência de critérios normativos para a seleção dos municípios a sediarem essas unidades, assim como tem sido feito na maior parte do país ²⁸.

As UOM, por sua vez, foram abordadas de forma mais tímida, sendo apresentadas na CIB/RJ em 2010, informando que esse programa estaria apenas ligado ao Projeto Territórios da Cidadania, em municípios das regiões norte e noroeste. Não houve novas referências sobre o tema, no período analisado.

A única iniciativa estadual no processo de constituição da rede, não baseada nas estruturas criadas pelo Ministério da Saúde, foi o acordo com os laboratórios de patologia oral das faculdades públicas de odontologia sediadas no estado para emissão de laudos

histopatológicos de lesões suspeitas. O acordo é informal, baseado em relações mais pessoais, do que institucionais. Os laudos teriam o benefício da avaliação de um patologista oral, seriam mais rápidos, sem custo aos municípios e sem a necessidade de formalização. Essa ação reduz o custo, qualifica a informação e diminui o tempo de espera e, principalmente, aproxima serviços e faculdades, criando frente para outras iniciativas. Entretanto, é necessário se atentar à sustentabilidade da ação, pois, apesar do interesse e motivação dos agentes envolvidos, a ausência de uma estrutura formal pode fragilizar a iniciativa frente aos possíveis cortes de investimento na pesquisa e no ensino nessas faculdades.

O credenciamento de unidades de atenção oncológica também foi tema frequente nos documentos analisados. Entretanto, a persistência dos problemas na rede de oncologia foi mais prolongada e constante do que para a saúde bucal, devido à insuficiência de recursos alocativos, o que trouxe dificuldades na expansão do acesso.

Além das dificuldades financeiras, as regras para credenciamento das unidades de alta complexidade em oncologia, foram constantemente consideradas como restritivas. A iniciativa de unir, em uma mesma unidade, as principais modalidades de tratamento do câncer, desabilitando serviços isolados de radioterapia e quimioterapia, apesar de coerência técnica, foi alvo de críticas. A integração desses serviços está relacionada à busca pela integralidade da atenção e garantia de que o usuário, independentemente da unidade em que iniciou o tratamento, teria acesso às diferentes modalidades de tratamento, conforme prevê a PNPCC.

A impossibilidade de credenciamento de novos serviços isolados, associada às dificuldades das unidades em funcionamento, agravou o cenário, influenciando a criação do Grupo de Trabalho de Oncologia da CIB/RJ em 2011. O objetivo do grupo era viabilizar habilitações pendentes; discutir o acesso com os hospitais federais; implantar a regulação unificada; incentivar os serviços existentes; identificar novos serviços no estado ou fora dele; e rever o financiamento.

Em 2013, destacou-se a preocupação dos gestores em serem responsabilizados pelas regras da Lei 12.732 de 2012, que assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento em no máximo 60 dias após o laudo de doença maligna. Diante das implicações legais, foi proposto que os serviços de oncologia fossem contratualizados por cada município, responsabilizando, assim, os prestadores pelo não atendimento das demandas. Outra proposta foi ampliar a rede por meio de pactuação com São Paulo, negada pela SES/RJ. Entretanto, a partir da crise da radioterapia em 2013, a SES/RJ articulou a pactuação interestadual para

atendimentos em Juiz de Fora, Minas Gerais. Posteriormente a pactuação incluiu a quimioterapia.

Com agravamento da situação em 2015, a CIB/RJ autorizou o pagamento administrativo para unidades que ainda não tinham conseguido o credenciamento. Além disso, foi solicitado que o estado buscasse a prorrogação do prazo dado pela Portaria MS/GM nº140 de 2014 para adequação de unidades, pois havia o risco de mais descredenciamento e agravamento do problema.

Essa discussão sobre os serviços isolados continua. A Portaria MS/GM nº 1.399 de 2019 redefiniu os critérios e parâmetros para habitação na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Mantiveram-se os serviços de radioterapia isolados e os serviços de oncologia clínica de complexo hospitalar já habilitados, atendendo a uma demanda da CIB/RJ que deve ter se repetido por todo o território nacional.

Esse quadro deficitário de serviços esteve relacionado diretamente ao câncer bucal. Registros feitos em reuniões de CIB/RJ em 2005 destacam a dificuldade de acesso dos usuários que necessitavam desses serviços do INCA, que era o único prestador no estado na época. Com o acirramento da crise, em 2014, discutia-se em reunião a desassistência “impiedosa” para esses pacientes e foi proposto o encaminhamento dos usuários para Juiz de Fora. Porém, julgou-se uma opção inviável devido às inúmeras dificuldades enfrentadas com a locomoção destes pacientes. Foi ressaltado que os municípios prestadores não conseguiam atender nem mesmo à sua demanda e que a ampliação da rede era impedida com a falta de profissionais qualificados para esta área.

A Portaria MS/GM nº 1.399 de 2019 prevê que a cirurgia de cabeça e pescoço, geralmente indicada no tratamento do câncer bucal, é obrigatória em Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e opcional em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), sendo recomendado que seja feita em Cacon ou Unacon com radioterapia, devido às necessidades de continuidade no tratamento.

Diante das dificuldades de acesso aos recursos alocativos e das restrições normativas das regras condicionadas pelo Ministério da Saúde, persistiu-se a insuficiência de serviços da rede de oncologia para atender à demanda do estado. Mesmo com a expansão da rede ao longo dos anos, ainda é possível verificar a preocupação dos municípios com a dificuldade de acesso a essas ações e serviços. Atualmente, o estado do Rio de Janeiro apresenta 31 unidades habilitadas no estado, sendo dois Cacon e dez Unacon com serviço de radioterapia. Mesmo com essas unidades, calcula-se que haja déficit de 14 unidades no estado ²⁹.

Os processos de regulação do acesso a esses serviços também foram objetos de discussão na CIB/RJ. Devido ao caráter mais municipalista e menos regional da atenção secundária em saúde bucal, a regulação destes serviços não fez parte da pauta da CIB/RJ.

O tema da regulação do acesso ao tratamento oncológico se intensificou em 2007, quando a regulação era vista como desordenada e o acesso continuava restrito e confuso, sendo proposta uma central estadual de regulação. As dificuldades com a unidade de regulação da cidade do Rio de Janeiro foram frequentemente reportadas, não havendo garantias do atendimento às referências de outros municípios, principalmente nos procedimentos de alto custo ¹¹. Ainda nesse ano, foi feita a proposta de unificação, no âmbito das regiões de saúde, da fila de espera por tratamento.

A utilização do Sistema Estadual de Regulação (SER) poderia, segundo os agentes participantes das reuniões, unificar e facilitar a construção de critérios, prioridades e planejamentos. Além dessa determinação, foi criada a Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ) de gestão estadual, organizando o acesso às unidades hospitalares federais, estaduais, municipais, universitárias e/ou contratualizadas com o SUS. Apesar de não haver uma pesquisa específica para o câncer bucal, um estudo apontou que a regulação do acesso para usuários com câncer do trato gastrointestinal no Rio de Janeiro provocou mudanças na dinâmica das internações no estado, observando-se um aumento do número de internações em microrregiões detentoras de estabelecimentos especializados para tal ³⁰.

Quanto ao planejamento para constituição da rede, identificou-se a ausência de um plano estadual para a saúde bucal e o desenvolvimento de um Plano Estadual de Assistência Oncológica. A ausência de um plano de saúde bucal faz com que o monitoramento das ações seja realizado por meio dos indicadores nacionais. Entre eles, destacaram-se historicamente a primeira consulta odontológica programática e a cobertura estimada pela saúde bucal na atenção primária.

Em relação à oncologia, houve o entendimento da necessidade de um plano estadual, construído pela SES/RJ e pela Fundação do Câncer, junto à CIB/RJ. O plano apresenta o cenário da atenção oncológica no estado e define metas a serem cumpridas no período de 2017 a 2021. Segundo esse documento, o estado não possui estrutura para a realização de coleta de material por meio de biópsia de cabeça e pescoço, pois o número de biópsias deveria ser o triplo do registrado. Um ponto interessante no plano é a inclusão de indicadores e metas relacionados diretamente com o câncer bucal: (1) apoiar as regiões de saúde em ações de divulgação dos principais sinais e sintomas do câncer bucal; (2) estabelecer prioridade para o agendamento dos casos suspeitos de câncer de boca; (3) definir protocolo para realização de

biópsias de boca; (4) capacitar os profissionais da atenção primária na identificação de alterações nos tecidos da boca; (5) definir protocolo para a regulação dos casos confirmados de câncer de boca; (6) avaliar a capacidade instalada para o diagnóstico do câncer de boca; e (7) qualificar o monitoramento do diagnóstico precoce das lesões suspeitas da boca ²⁹. O que não consta no plano é como, objetivamente, serão credenciados novos serviços de cirurgia cabeça e pescoço, diante das dificuldades de financiamento.

Financiamento

Um segundo tema, objeto de trabalho da CIB/RJ, é o financiamento. A discussão foi centrada, principalmente, na oferta de recursos federais. Os agentes têm ampla liberdade de ação, mas estão restritos pelos recursos estruturais disponíveis ⁵. Foram três linhas para análise: financiamento da saúde bucal; financiamento da atenção oncológica; financiamento por emenda parlamentar.

No que tange à saúde bucal, os agentes se incentivaram para a aprovação dos projetos de ampliação da rede de saúde bucal. Se na primeira metade dos anos 2000 esses recursos estimularam a expansão da rede de saúde bucal primária e especializada, posteriormente o congelamento dos valores, e a conseqüente desvalorização, foi alvo de críticas. Houve tendência crescente de financiamento federal para saúde bucal entre 2003 e 2010, tornando-se estável de 2011 a 2018 ³¹. Apesar da dependência dos recursos federais ser fator indutor de política, um estudo exploratório apontou que, somando-se todos os gastos com a assistência odontológica, os municípios são os principais responsáveis pelo custeio da saúde bucal (62,5%) ³¹.

Outras ações federais discutidas na CIB/RJ foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção primária (PMAQ-AB) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO). O PMAQ-AB e o PMAQ-CEO foram compreendidos como ferramentas com dupla função: melhoria da qualidade das ações e financiamento.

Durante o período de adesão, foi dado pelos agentes grande destaque ao componente de financiamento, como um grande incentivador. Por se tratar de decisão municipal, o espaço da CIB/RJ foi utilizado apenas de forma informativa (prazos, fluxos e resolução de dúvidas). Além disso, diante da importância do processo para melhoria da qualidade e financiamento

das ações, foram desenvolvidos fóruns, seminários e a criação de grupo técnico para acompanhamento das ações.

Os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB no estado trouxeram preocupações. Dos 92 municípios, 72 aderiram, sendo avaliadas 605 eSB /SF. Apenas 47,8% das equipes afirmaram realizar ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas com escolares. Por sua vez, 77,4% das equipes informaram realizar campanhas para detecção precoce de câncer bucal e encaminhamento dos casos suspeitos. Destas, 63,8% responderam que registram e acompanham, mas somente um pouco mais da metade comprovou com documentos. Sobre a existência de referência para estomatologista, 33% responderam negativamente. Ou seja, aparentemente, de cada dez CEO no Estado, três não oferecem o serviço de diagnóstico oral. Apenas 47,1% afirmaram ter fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca³³.

Outra ação que une financiamento e avaliação de desempenho é o recém-criado Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS), que tem o objetivo de apoiar a manutenção e ampliação da atenção primária no estado. É baseado em três componentes: (1) sustentabilidade: repasse frequente de recursos baseado no número de equipes; (2) expansão: repasse para novas equipes implantadas; e (3) desempenho: repasse destinado a qualificação das ações e alcance de metas. No que se refere ao câncer bucal, a meta é a proporção de eSB/SF que realizam no mínimo 70% dos procedimentos previstos para a atenção primária. Dentre os procedimentos, encontram-se o registro de alteração de tecido mole e o encaminhamento para a estomatologia. Pode ser uma importante estratégia para estimular não apenas a produção, mas também o registro.

Conforme resultado encontrado em estudo anterior¹⁰, a discussão na CIB/RJ sobre o financiamento da alta complexidade foi centrada, principalmente, no remanejamento do escasso teto financeiro de média e alta complexidade entre os municípios, haja vista que não há financiamento de custeio ou implantação de serviços, mas apenas de ressarcimento por procedimentos realizados. Isso fez com que restringisse ampliação de serviços de atenção oncológica.

Além das ações de financiamento descritas, outra modalidade ganhou destaque a partir de 2016, as emendas parlamentares. Mesmo que elas abordem a oncologia ou a saúde bucal, optou-se em separar devido à grande ênfase que foi, progressivamente, dada a esse tema. A análise dos documentos revela que, se inicialmente as emendas eram destinadas ao investimento em obras e compra de equipamentos e materiais permanentes, passaram a ser utilizadas como verba de custeio, aumentando temporariamente o piso de atenção primária e o

teto da média e alta complexidade. As transferências para custeio no país passaram de R\$ 240,1 milhões em 2014 para R\$ 6,6 bilhões em 2018, em valores constantes, apresentando aumento de 2.650% no período ³⁴.

Em parte, trata-se do resultado da aprovação, em 2015, da Emenda Constitucional nº86, que tornou obrigatória a execução de emendas parlamentares individuais. Somadas, elas possuem limite de 1,2% da receita corrente líquida do executivo federal e metade desse valor deve ser destinada à saúde.

A mudança do caráter autorizativo para impositivo inverte as relações de poder entre os agentes do executivo e legislativo. Os últimos, mesmo sem serem detentores dos recursos alocativos, possuem os recursos autoritários para definir o destino do gasto, concentrando o poder na relação. Se anteriormente a emenda parlamentar era um recurso político de moeda de troca do executivo para com o legislativo ³⁵, agora são os deputados que definem onde serão gastos parte do orçamento do executivo. Essa área demanda mais estudos, pois há indicativos de que a alocação de recursos para custeio do SUS, por meio das emendas parlamentares, pode estar gerando mais desigualdades na oferta de serviços de saúde ³⁴.

A discussão do financiamento das ações em CIB esteve centrada nos programas e recursos federais. Esse fato não difere do discutido na literatura, pois se sabe que grande parte dos municípios brasileiros é extremamente dependente do governo federal, seja de seus repasses financeiros, seja da sua capacidade formuladora e indutora de políticas ⁴.

Qualificação profissional

As ações de qualificação profissional foram abordadas na CIB/RJ de forma mais informativa, apesar de sempre haver uma pactuação *pro forma*. A oferta de cursos específicos sobre o câncer bucal e outros de temas mais gerais para a oncologia ou saúde bucal, foram os principais temas. Também foram citados eventos e a estrutura de telessaúde de uma universidade estadual.

A organização das ações de qualificação profissional específicas para o câncer bucal foi direcionada para a detecção precoce das lesões suspeitas: Curso de câncer bucal e lesões cancerizáveis e Capacitação para dentista da atenção primária para detecção de lesão de boca. Essas ações se justificam pela percepção do baixo nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre lesões orais potencialmente malignas e sobre o câncer bucal propriamente dito, fato que se agrava quanto maior é o tempo de formado dos profissionais ³⁶.

Dentre os cursos de temas que não são específicos para o câncer bucal, mas que se relacionam com a saúde bucal ou com a oncologia, citados nas reuniões destacam-se: Residência Multiprofissional em Oncologia; ABC do Câncer; Curso de registradores de câncer; Curso de Capacitação em Controle e Avaliação em Oncologia; Curso de Gestão para a Atenção Oncológica; Profissionalização do Técnico de Saúde Bucal; Curso de formação de Técnicos de Próteses Dentárias; Capacitação Regional das Equipes de Saúde Bucal; Curso de qualificação da atenção odontológica; Capacitação para gerentes de CEO; Curso de sistema de informação para a odontologia; e Manejo odontológico do paciente com câncer; Curso para atendimento ao paciente em radioterapia de cabeça e pescoço.

Dessas ações, destacou-se o curso de Manejo odontológico do paciente com câncer. Com carga horária total de 30 horas a distância e 24 horas presenciais, aborda o diagnóstico precoce e o atendimento do paciente com câncer. Fruto da articulação da SES/RJ, com o INCA e cinco faculdades de odontologia, ofereceu vagas para todos os 92 municípios do estado, que tinham a responsabilidade de viabilizar a participação de seus profissionais.

Pela análise dos documentos verifica-se que as ações de qualificação profissional foram desenvolvidas em parcerias interinstitucionais entre a SES/RJ e as universidades federais, a universidade estadual e centros de ciência e tecnologia em saúde. Junto à discussão da oferta e da importância desses cursos, havia sempre a preocupação com os custos, principalmente do deslocamento e da alimentação dos profissionais dos municípios do interior. Não houve nenhuma referência sobre a abordagem que os cursos utilizariam ou sobre as formas de avaliação do impacto dessas ações.

Os eventos, por sua vez, foram estratégias utilizadas para um público específico, em um curto período, mas de forma periódica. Além de conhecimento técnico, esses eventos buscaram destacar e divulgar ações exitosas, ou novas portarias ou fluxos de interesse para organização das ações de prevenção e controle do câncer. Pode-se citar a Jornada de Odontologia do INCA; o Encontro da SES/RJ com os Coordenadores de Saúde Bucal; e a Mostra Nacional de Saúde Bucal organizada pelo Ministério da Saúde. Novamente, as despesas de deslocamento dos profissionais foram apontadas como principal fator dificultador.

Já as ações de Telessaúde foram pontuadas na reunião da CIB/RJ apresentando as possibilidades de cursos que podem ser realizados à distância. Também foi citado o serviço de teleconsultoria e telediagnóstico, incluindo a estomatologia. Após essa referência, o tema não voltou a ser mencionado, não sendo possível analisar o seu impacto. Essas estratégias, sendo aperfeiçoadas podem servir não apenas para a qualificação do profissional, mas também para

facilitar o diagnóstico em locais onde há a escassez do profissional especialista. O uso de uma fotografia por um smartphone, por exemplo, possui boa concordância e acerto diagnóstico comparável com aquele obtido presencialmente³⁷.

Considerações Finais

A CIB/RJ é um ambiente complexo de tomada de decisões, onde os agentes possuem racionalidade limitada, não tendo total ciência das circunstâncias nas quais tomam as decisões e, tão pouco, das consequências dessas decisões. Os agentes, durante as reuniões da CIB/RJ, utilizam de uma perspectiva tanto técnica, quanto política, para o processo de tomada de decisão, estando fortemente influenciados pela estrutura desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

Sob a ótica da Teoria da Estruturação, a esfera federal, como agente de mais acesso a recursos alocativos, principalmente os de poder econômico, possui o poder de restringir a agência dos secretários estaduais e municipais no processo de construção do SUS, por meio de regras normativas. Assim, apesar de facilitar o acesso a importantes recursos para a oferta de serviços, o ministro da saúde, no papel de gestor único da esfera federal, restringe as ações dos demais gestores do sistema.

Apesar da multiplicidade de fatores que podem interferir no processo de decisão, a existência de uma estrutura federal, baseada em regras normativas e recursos alocativos faz com que as escolhas dos agentes fiquem mais limitadas. Devido a essa limitação estrutural, o espaço de negociação se transforma, frequentemente, em um espaço informativo ou deliberativo *pro forma*.

As discussões sobre o diagnóstico do câncer bucal se mostraram pouco produtivas no debate da CIB, devido à grande normatização federal realizada pela PNSB, mas também à característica mais municipalista e menos regionalizada que o estado adotou para a saúde bucal. Por sua vez, as ligadas ao acesso ao tratamento oncológico, frente aos problemas encontrados cotidianamente, renderam longos debates que resultaram na expansão, mesmo que limitada, da rede hospitalar no estado.

As principais limitações desse estudo se referem à fonte documental, pois se torna possível analisar apenas o que foi registrado. O dito, mas não escrito, além das articulações extraoficiais, se perdem na análise. Outro aspecto é que não é possível analisar as formas

pelas quais as deliberações têm sido incorporadas na prática, sendo necessária a complementação por estudos que utilizem outro método.

É imperativo manter o acompanhamento da implementação do Plano Estadual de Atenção Oncológica e das mudanças nos programas federais. Ambos se mostraram estruturantes no processo decisório dos agentes e podem ser determinantes para a ampliação da cobertura, tanto da saúde bucal, como da oncologia, ao ponto que satisfaçam as necessidades dos usuários do SUS no Rio de Janeiro, ou para a redução de serviços e agravamento das condições de saúde da população fluminense.

REFERÊNCIAS

1. LIMA, F.L.T; O'DWYER, G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2018/Dez). [Citado em 08/02/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politicas-de-prevencao-e-controle-do-cancer-bucal-a-luz-da-teoria-da-estruturacao-de-giddens/17059>
2. VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.23, n.6, p.1791-1798, 2018.
3. CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. saúde coletiva*, v.22, n.4, p.1155-1164, 2017.
4. MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.
5. O'DWYER, Gisele et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.21, n.7, p.2189-2200, 2016.
6. BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19/09/1990.
7. SILVA, Ionara Ferreira da; LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.1, p.161-170, 2001.
8. GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ed. São Paulo: Atlas, 2012.

9. CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Vozes: Petrópolis, 2014, p. 295-316.
10. FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
11. LIMA, Luciana Dias de. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis*, v.11, n.1, p.199-252, 2001.
12. OLIVEIRA, Lucas Canestri de; PEREIRA, José Roberto; FERREIRA, Patrícia Aparecida. Análise estruturacionista de políticas públicas: a dualidade da política pública. *Revista de Políticas Públicas*, v.17, n.01, p.27-36, 2013.
13. GIDDENS A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.
14. GIDDENS A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
15. PETERS GM. *Percursos na teoria das práticas sociais: Anthony Giddens e Pierre Bourdieu*. São Paulo: Annablume, 2015.
16. O'DWYER, G. Estudos de políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. In: BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.V. *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p.173-92.
17. NIZET, J. *A sociologia de Anthony Giddens*. Petrópolis: Vozes, 2016.
18. SILVA, F.R.R. *O caminho da constituição da sociedade: a teoria da estruturação de Anthony Giddens*. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.
19. GIDDENS, A.; SUTTON, P.W. *Conceitos essenciais da Sociologia*. São Paulo: Editora Unesp, 2016.
20. SCARPARO, Angela et al . Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. saúde colet*, v. 23, n. 4, p. 409-415, 2015.
21. GODOI, Heloisa; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, v.33, n.9, e00133516, 2017.
22. FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes et al . Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde em Debate*, v.40, n.108, p.131-143, 2016.

23. GONCALVES, Jéssica Rodrigues da Silva Noll et al . Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. *Cad. saúde colet.*, v.26, n.4, p.432-438, 2018.
24. RIOS, Luiza Rahmeier Fietz; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde em Debate*, v.43, n.120, pp.122-136, 2019.
25. SANTANA, Dandara Andrade de et al . Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas de uma Região de Saúde da Bahia. *Cad. saúde colet.*, v.23, n.3, p.261-267, 2015.
26. THOMAZ, Erika Bárbara Abreu Fonseca et al . Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.25, n.4, p.807-818, 2016.
27. MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; SILVA, Janmille Valdevino; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva*, v.20, n.4, p.1149-1163, 2015.
28. FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. *A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional*. Tese. (doutorado em Saúde Coletiva). UERJ, Rio de Janeiro. 2011
29. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Atenção Oncológica*. Rio de Janeiro, 2017.
30. CARROLL, Cibele Barbosa; GOMIDE, Marcia. Análise de redes na regulação do tratamento do câncer do aparelho digestivo. *Cad. Saúde Pública*, v.36, n.1, e00041518, 2020.
31. ROSSI, Thais Regis Aranha et al . Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva*, v.24, n.12, p.4427-4436, 2019.
32. LORENA SOBRINHO, José Eudes de; SANTO, Antônio Carlos Gomes do Espírito. Análise dos custos da saúde bucal na atenção primária no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Arq. Odontol*, v.49, n.1, 2013.
33. CASOTTI, Elisete et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.5, p.1573-1582, 2016.
34. PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. *As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde: texto para discussão*. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019.
35. BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria et al . As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.28, n.12, p.2267-2279, 2012.

36. SILVA, Laura Gessica Dantas da et al. Lesões Oraais Malignas e Potencialmente Malignas: Percepcao de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.64, n.1, p.35-4, 2018.
37. FONSECA, Bruna Basso et al. Diagnóstico a distância de lesões bucais com fotografias de smartphones. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* v.70, n.1, 2016.

7 PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL: ESTUDO DE CASO DA REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO

No âmbito normativo, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) definem que os serviços da atenção primária são responsáveis pela detecção das lesões suspeitas de câncer bucal e pelo encaminhamento oportuno para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2003; 2017). Prioritariamente, essa confirmação é realizada nos serviços de atenção ambulatorial especializada, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Todos os CEO devem realizar as atividades necessárias para o diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal (BRASIL, 2006). Devem dispor, portanto, de estrutura e profissionais para realização do exame clínico e, se necessário, para a realização da biópsia da lesão e encaminhamento da peça para análise em laboratórios de patologia, que servem como sistema de apoio.

Após a confirmação diagnóstica da lesão de câncer bucal o paciente é encaminhado a um hospital habilitado em assistência de alta complexidade em oncologia, para que possa fazer o tratamento. É recomendado que tratamento seja em na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) com serviço de radioterapia ou no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2019a). Durante o período do tratamento, e posterior a ele, o usuário mantém vínculo com a atenção primária, recorrendo a ela de forma rotineira, ou quando julgar necessário para alguma necessidade mais emergencial.

Todo esse processo deveria ser racionalmente pactuado em planos de ação regionais e locais, cabendo às CIB pactuarem as responsabilidades dos entes federativos. A esse sistema de governança caberia também, instituir o mecanismo de regulação do acesso, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso.

Sabe-se, entretanto, que esse desenho de rede idealizado pela PNPCC e pela PNSB, se borra no cotidiano dos serviços de saúde. As relações institucionais não são tão claras e os agentes envolvidos, mesmo sofrendo a coerção estrutural pelo conjunto de regras e recursos do SUS, não seguem essa cartilha sempre à risca. Isso faz com que cada município construa sua forma de gerenciar esses casos, mesmo que mantenham certo grau de padrão de organização.

Além disso, os próprios usuários, como agentes que são, a partir de suas redes de relações, também alteram as formas de organização pelas quais os serviços deveriam, normativamente, funcionar. Conforme afirmou Cecílio (2012), o "usuário-fabricado", disciplinado e guiado pelos procedimentos padronizados e previstos por gestores e trabalhadores, diante de suas necessidades e dificuldades para atendê-las, altera seu itinerário pelo sistema, transformando-se no "usuário-fabricador", que faz escolhas e subverte a racionalidade planejada.

O objetivo dessa seção é, por meio de um estudo de caso, compreender a diferença entre o prescrito normativamente e o realizado pelos agentes nos cotidianos do trabalho e analisar os fatores que intervêm sobre o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal.

Estudo de caso é uma abordagem predominantemente qualitativa, na qual o pesquisador explora um sistema delimitado da vida real, por meio de uma coleta de dados aprofundada, com múltiplas fontes de informação. O estudo de caso favorece, por meio de múltiplas formas de coleta de dados, construção de uma visão holística sobre os acontecimentos da vida real (CRESWELL, 2014).

No âmbito dessa tese, selecionou-se, como unidade de análise, a região de saúde Metropolitana I, do estado do Rio de Janeiro. O estado do Rio de Janeiro é o terceiro mais populoso do país, com aproximadamente 17 milhões de habitantes residindo nos seus 92 municípios. O processo de regionalização é planejado em nove regiões de saúde: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. A região Metropolitana I, objeto desse estudo de caso, possui 12 municípios, que somados totalizam 9.525.569 habitantes (Tabela 1).

Tabela 1: População estimada para o estado do Rio de Janeiro, para a região Metropolitana I e seus municípios, 2020.

Localidade	População estimada
Estado do Rio de Janeiro	17.264.943
Metropolitana I	9.525.569
Belford Roxo	510.906
Duque de Caxias	919.596
Itaguaí	133.019
Japeri	104.768
Magé	245.071
Mesquita	176.103
Nilópolis	162.485
Nova Iguaçu	821.128
Queimados	150.319
Rio de Janeiro	6.718.903
São João de Meriti	472.406
Seropédica	82.312

Fonte: IBGE, disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Consulta em: 24/02/2020.

Observa-se que a região Metropolitana I possui mais da metade (55,17%) da população do estado e a cidade do Rio de Janeiro mais de dois terços (70,53%) da população da região. A região Metropolitana I, por ter população maior que as demais regiões, concentra o maior número de mortes por câncer bucal. Entretanto, observa-se que a taxa de mortalidade por câncer bucal entre os anos de 2013 e 2017 é semelhante entre as regiões do estado (Tabela 2).

Tabela 2: Número de mortes por câncer bucal e taxa de mortalidade no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, entre os anos de 2013 e 2017.

LOCALIDADE	Mortes	Taxa de mortalidade*
Estado do Rio de Janeiro	2.956	2,70
Baixada Litorânea	129	2,83
Baía da Ilha Grande	34	2,39
Centro-Sul	65	2,95
Metropolitana I	1.783	2,62
Metropolitana II	382	2,80
Médio Paraíba	176	2,99
Noroeste	71	2,99
Norte	142	2,79
Serrana	174	2,73

Fonte: Atlas da Mortalidade por câncer. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 24/02/2020.

* Taxa de mortalidade por 100.000 pessoas, ajustada à população mundial.

Na região Metropolitana I, o maior número absoluto de mortes entre os anos 2013 e 2017 foi no município do Rio de Janeiro e o menor em Seropédica. Por sua vez, a taxa de mortalidade variou de 1,43 em Nilópolis para 3,91 em Magé (Tabela 3).

Tabela 3: Número de mortes por câncer bucal e taxa de mortalidade na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, por município, entre os anos de 2013 e 2017.

LOCALIDADE	Mortes	Taxa de mortalidade*
Belford Roxo	60	2,38
Duque de Caxias	147	3,03
Itaguaí	21	3,26
Japeri	17	3,51
Magé	54	3,91
Mesquita	37	3,05
Nilópolis	15	1,43
Nova Iguaçu	127	2,77
Queimados	27	3,41
Rio de Janeiro	1.185	2,51
São João de Meriti	80	2,80
Seropédica	13	2,71

Fonte: Atlas da Mortalidade por câncer. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 24/02/2020.

* Taxa de mortalidade por 100.000 pessoas, ajustada à população mundial.

A escolha de uma região de saúde como unidade de análise justifica-se por ser a forma de organização do acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer prevista na PNPC e na PNSB. A escolha pela região Metropolitana I se deu por se tratar da região do estado que possui a maior concentração da população urbana e de serviços para diagnóstico e tratamento do câncer de cavidade oral, apesar de ainda ser em número insuficiente (RIO DE JANEIRO, 2017).

Para caracterizar os serviços que compõem a rede formal de cuidado ao paciente com câncer bucal na região, foi feita a análise descritiva dos dados no registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para mapear os demais serviços envolvidos no processo de cuidado, bem como os mecanismos de gestão envolvidos, foram realizadas entrevistas individuais com gestores (coordenadores de saúde bucal) e profissionais (cirurgiões-dentistas das eSB e dos CEO) de cinco municípios da região.

A seleção dos municípios baseou-se na multiplicidade de cenários, abrangendo diferentes portes populacionais na região. O município do Rio de Janeiro foi escolhido por ser a capital do estado, com grande porte populacional (estimada em 6.718.903 de pessoas) e grande número de serviços nos três níveis de atenção. Duque de Caxias e Nova Iguaçu foram selecionados por terem grande porte populacional (populações estimadas em 919.596 e

821.128 pessoas, respectivamente). Itaguaí e Magé foram selecionados por estarem entre os que possuem menor porte populacional da região (133.019 e 245.071 pessoas, respectivamente).

Foram entrevistados, além dos cinco coordenadores municipais de saúde bucal, um cirurgião-dentista da eSB e um profissional designado para o diagnóstico do câncer bucal no CEO de cada município. Devido ao porte de populacional e de serviços do município do Rio de Janeiro, foram entrevistados, além dos coordenadores, dez profissionais das eSB e dois profissionais de CEO da capital.

Para complementar o olhar sobre a região de saúde, foram realizadas três entrevistas com a coordenação e equipe técnica de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Realizou-se o convite de entrevista para um gestor estadual do sistema de regulação, que declinou. Também não foi possível realizar duas entrevistas com profissionais da eSB, devido a dificuldades para acessar esse profissional.

Foram utilizados roteiros semiestruturados (Apêndices) para guiar as entrevistas individuais. O roteiro apresentava questões essenciais, mas as entrevistas não ficaram restritas a ele, sendo realizadas outras perguntas de interesse do pesquisador a partir das respostas dadas pelos entrevistados, conforme preconizado Gray (2009) e Yin (2016). O Quadro 1 apresenta a síntese dos participantes da pesquisa.

Quadro 1: Síntese dos participantes das entrevistas.

Participante	Município	Número de participantes
Coordenador municipal de saúde bucal	Duque de Caxias, Itaguaí,, Magé, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro.	5 (1 de cada município)
Cirurgião-dentista do CEO	Duque de Caxias, Itaguaí,, Magé, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro.	6 (2 do Rio de Janeiro e 1 de cada município)
Cirurgião-dentista da eSB	Itaguaí, Magé e Rio de Janeiro.	12 (10 do Rio de Janeiro e 1 de cada município)
Área técnica estadual de saúde bucal	Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.	3 (1 coordenadora estadual de saúde bucal e 2 profissionais da área técnica)
TOTAL		26 entrevistas

Legenda: eSB: Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas.

A análise das entrevistas foi realizada à luz da Teoria da Estruturação de Giddens (GIDDENS, 2003). Buscou-se, por meio da análise da conduta estratégica, dar primazia às consciências discursivas, elucidando a rede de significados que os agentes têm sob os motivos

de suas ações, desvelando fatores facilitadores e dificultadores para o acesso ao diagnóstico do câncer bucal no âmbito do SUS. Esses fatores foram categorizados em três temáticas: sistema de saúde (gestão municipal, saúde bucal na atenção primária, centro de especialidades odontológicas, laboratórios de patologia oral, atenção terciária e regulação), às condutas profissionais e às condutas dos usuários.

Respeitaram-se todos os preceitos éticos previstos nas Resoluções nº466 de 2012 e nº510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Sistema de saúde

Gestão municipal

Não há dúvidas que o Ministério da Saúde, por meio da PNSB, contribuiu para a estruturação da oferta do cuidado em saúde bucal nos municípios. O direcionamento de recursos viabilizou a implantação de serviços na atenção primária e secundária (KORNIS et al., 2011). A definição de critérios e diretrizes como um conjunto de normas direcionou as tomadas de decisões locais, orientando escolhas dos agentes municipais e estaduais.

A política, quando ela começou a ser implementada, foi um alento. Nós tínhamos que trabalhar sem um ponto norteador. Quando a política nacional de saúde bucal começou a surgir com oferta, com custeio, foi tudo que nós aguardamos e precisávamos para poder trabalhar com os municípios e para que os municípios comessem a construir as suas ofertas em saúde bucal (ÁREA TÉCNICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL 1).

A expansão da saúde bucal nos últimos 20 anos, além de fortemente estimulada por meio dos recursos alocativos destinados pelo Ministério da Saúde para os programas, foi incentivada pelo conjunto de regras estabelecidas. Se antes cada gestor fazia o que considerava importante para o seu município, hoje, existe um discurso formal do Ministério da Saúde sobre o que se deve e o que não se deve ser feito. Por esse lado, a PNSB teve um duplo papel. Expandiu as possibilidades de atuação do gestor municipal, ao oferecer a ele diretrizes formais e recursos financeiros, mas restringiu a liberdade de atuação, pois se fez necessário seguir o padrão estabelecido nacionalmente para se ter acesso a esses benefícios.

Os coordenadores municipais, frente a essa situação de coerção estrutural, têm três opções. A primeira é seguir a cartilha e implantar os serviços conforme previsto no conjunto de normas federais. Apesar de parecer o caminho mais racional, é o caminho mais

improvável, pois a realidade social no qual os serviços estão inseridos possui complexidade e variabilidade que dificultam que as tomadas de decisão sejam sempre baseadas na racionalidade federal.

O gestor municipal, frente à liberdade de ação que a sua condição de agente lhe impõe, pode optar pelo segundo caminho e realizar adaptações locais à política nacional, sendo elas mais implícitas ou explícitas para as demais esferas de governo. A transformação das políticas prescritas em políticas reais é compreensível. Na concepção estruturacionista de Giddens, os agentes, ao atuarem dentro das estruturas dessas políticas, acabam por moldá-las e, em parte, transformá-las (OLIVEIRA et al., 2013).

Esse caminho inicia com o secretário municipal de saúde aceitando as condições do ente federal, mas assim que se inicia a transferência dos recursos, iniciam-se as adaptações locais.

Quando o recurso está instituído, a gestão do dia a dia ele desenha de outra maneira. Isso é muito comum. Ele se compromete e começa a receber o recurso e a gente monitora a produção, assistência, mas, no dia a dia, ele faz o serviço de acordo com o jeito que quer. (ÁREA TÉCNICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL 3).

O modelo de financiamento por programas e por imposição de regras se tornou, em grande parte, hegemônico. Por isso, há uma naturalização da crença de que cabe aos gestores municipais seguirem os caminhos definidos pelo Ministério da Saúde e pela SES/RJ. Quando um gestor, deliberadamente, opta pelo terceiro caminho, que é o caminho próprio, gera estranhamento e desconfianças, colocando em dúvida a importância da independência entre as esferas administrativas.

Independente dos caminhos trilhados por cada gestor municipal, quando se analisa a perspectiva nacional, é inegável que o Programa Brasil Sorridente fez parte da priorização agenda federal da década de 2000 (MACHADO et al., 2011). Como uma grande ferramenta de *marketing* político, estar associado a essa marca passou a ser importante não apenas para o nível federal, mas também ao gestor municipal, que visualizava no Brasil Sorridente a possibilidade de expansão do seu capital político (GARCIA, 2013; ROSSI, 2018).

Esse fato, associado ao aumento considerável de recursos, fez com que o *status* da gestão em saúde bucal no município alcançasse um patamar mais elevado. Apesar dos aspectos positivos associados a isso, o cargo de coordenador municipal de saúde bucal passou a ter visibilidade política. Isso fez com que um cargo que não tinha importância política e era ocupado geralmente por técnicos, passasse a ser politicamente disputado. Pode-se dizer que

essa realidade não é uma exclusividade desse cenário, mas uma regra informal do próprio sistema político nacional.

Essa consequência impremeditada, de ganho político e perda técnica do cargo, se relaciona com a alta rotatividade dos gestores municipais de saúde bucal identificadas no trabalho de campo, o que resulta na descontinuidade das ações. Dos cinco municípios participantes da pesquisa, houve alternância do cargo em três deles no período de um ano.

A falta de profissionais capacitados para atuarem como gestores no SUS é temática recorrente na literatura. Observa-se, frequentemente, que a capacidade gerencial está distante das necessidades e complexidades do setor e que a alta rotatividade dos gestores em função da relação com os processos partidários e eleitorais, geram descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI, et al., 2014).

Saúde bucal na atenção primária

Na Política Nacional de Atenção Básica, atualizada pela Portaria n.º 2.436 de 2017, é previsto que a atenção primária deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação (BRASIL, 2017b). Pela PNAB, as equipes de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção primária (eAB) são responsáveis por toda população definida em seu território adscrito, sendo referência de 2.000 e 3.500 pessoas.

É facultado ao gestor a inclusão de uma equipe de Saúde Bucal (eSB), composta por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. A eSB deve estar vinculada a uma eAB ou eSF, devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito (BRASIL, 2017b).

Recentemente, foi alterada, também, a forma de financiamento da atenção primária (BRASIL, 2019b), que será composta por uma capitação ponderada (relativa ao número e perfil de usuários cadastrados pela equipe); pagamento por desempenho (baseado em indicadores e metas ainda não divulgados); e o incentivo para ações estratégicas, como a estratégia de saúde da família. Como esse modelo passou a vigorar em 2020, não é possível verificar, ainda, o real impacto nas contas municipais. Considerando que o financiamento

sempre foi um importante fator facilitador ou restritor, a sua redução poderá acarretar a redução de cobertura e dificuldades de acesso aos serviços.

A cobertura dos serviços bucais na atenção primária teve grande expansão após a PNSB. Entretanto, diante da histórica dívida de exclusão social das políticas anteriores, a demanda acumulada é muito alta. Isso faz com que essa expansão seja limitada (LIMA; O'DWYER, 2018). A baixa cobertura mantém o caráter excludente, baseado na priorização do acesso. Apesar da concentração de serviços, a cobertura da atenção primária à saúde da região Metropolitana I é a menor do estado (52,29%).

Essa posição é novamente ocupada pela região quando consideramos a cobertura de saúde bucal na atenção primária (considerando a estratégia de saúde da família e as unidades tradicionais), que alcança apenas 22,12% (Tabela 4).

Tabela 4: Cobertura da saúde bucal na atenção primária por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, dezembro de 2019.

Região de Saúde	Cobert. At. Prim.	Nº eSB	Est. Popul. Cob.SBAP	Cob. Saúde Bucal
Baia da Ilha Grande	87,06%	29	140.700	49,07%
Baixada Litorânea	63,80%	87	417.015	50,61%
Centro-Sul	96,52%	99	314.877	92,90%
Médio Paraíba	89,20%	159	674.818	74,22%
Metropolitana I	52,29%	470	2.312.453	22,12%
Metropolitana II	77,29%	161	623.873	29,68%
Noroeste	78,88%	73	270.775	78,05%
Norte	59,79%	41	443.064	47,36%
Serrana	63,44%	76	384.930	39,78%
Estado do Rio de Janeiro	60,89%	1195	5.582.505	32,53%

Fonte: eGestor, disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em 24/02/2020.

Legenda: Cobert. At. Prim.: Cobertura de Atenção Primária à saúde; eSB: Equipe de Saúde Bucal da Saúde da Família; Est. Popul. Cob. SBAP: Estimativa da população coberta pela saúde bucal na atenção primária; Cob. Saúde Buc: Cobertura da saúde bucal na atenção primária.

Entre os municípios da região, a cobertura de atenção primária varia entre 100% e 34,97%. Por sua vez, a cobertura de saúde bucal na atenção primária atinge o seu máximo de 63,81% em Seropédica e seu mínimo de 6,90% em Belford Roxo (Tabela 5).

Tabela 5: Cobertura da saúde bucal na atenção primária por município da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2020.

Região de Saúde	Cobert. At. Prim.	Nº eSB	Est. Popul. Cob.SBAP	Cob. Saúde Bucal
Belford Roxo	36,51%	8	35.100	6,90%
Duque de Caxias	40,76%	35	171.630	18,77%
Itaguaí	43,36%	3	34.950	27,76%
Japeri	39,82%	3	10.350	9,96%
Magé	63,72%	16	55.200	22,65%
Nilópolis	77,85%	5	54.150	33,37%
Nova Iguaçu	100,00%	29	195.300	23,85%
Queimados	68,11%	1	22.200	14,87%
Rio de Janeiro	34,97%	338	1.607.452,50	24,03%
São João de Meriti	50,50%	8	35.100	7,44%
Seropédica	61,30%	15	55.350	63,81%

Fonte: eGestor, disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em 24/02/2020.

Legenda: Cobert. At. Prim.: Cobertura de Atenção Primária à saúde; eSB: Equipe de Saúde Bucal da Saúde da Família; Est. Popul. Cob. SBAP: Estimativa da população coberta pela saúde bucal na atenção primária; Cob. Saúde Buc: Cobertura da saúde bucal na atenção primária.

A baixa cobertura da saúde bucal na atenção primária é estrutura dificultadora do acesso dos usuários à RAS e, conseqüentemente, ao diagnóstico e ao tratamento. A baixa cobertura da atenção primária tem sido associada a uma maior taxa de mortalidade por câncer bucal (ROCHA et al., 2017; CUNHA et al., 2019).

Foram identificadas diferentes formas de se organizar o acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária. Listas de espera por indivíduo, listas de espera por família, acesso de urgências por demanda espontânea, encaminhamento da equipe multiprofissional, busca ativa da equipe de saúde bucal em visitas às escolas ou domiciliares e participação dos usuários em grupos operativos. O tempo de espera para iniciar o tratamento, citado pelos entrevistados, variou de 3 a 8 meses, mas chegou há um ano em uma unidade. Independentemente dessas diferenças, foi nítida a situação de sobrecarga pela qual toda a atenção primária em saúde bucal tem passado. Na prática, mesmo que a população de referência de uma unidade de saúde está discursivamente coberta por uma eSB, o acesso real aos serviços é limitado.

As eSB estão, frequentemente, referenciadas à quatro ou mais eSF. Ou seja, um dentista é responsável pelo cuidado de dez a quinze mil pessoas. Considerando uma única consulta por ano, para cada usuário, seria necessário o atendimento de mais de mil pessoas por mês, ou seja, cerca de 50 por dia. Isso sem considerar dias de férias ou licenças médicas do profissional, tempo de higienização e esterilização de equipamentos e instrumentais entre os atendimentos e disponibilidade para cursos de qualificação, reuniões com as eSF, participação em grupos operativos, atividades coletivas e visitas domiciliares.

Frente às demandas acumuladas de tratamento, dificilmente um usuário necessitará de apenas uma consulta odontológica por ano. Essa realidade se aproxima da encontrada em Porto Alegre, onde a centralidade no acolhimento da demanda espontânea gerou sobrecarga de trabalho e desestimulou os profissionais a realizar a busca ativa de grupos com maior vulnerabilidade (WARMLING, 2019). A organização do serviço por demanda espontânea realimenta o processo de busca, pelo usuário, por esse tipo de atendimento. Isso reflete no aumento das consultas de emergência e de procedimentos mutiladores como as extrações dentárias, que nem sempre seriam necessárias (ROJAS et al., 2020)

Apesar dos muitos avanços obtidos com a PNSB, a cobertura baixa e a sobrecarga de atividades das eSB se configuram como fatores dificultadores de acesso ao atendimento individual, às atividades coletivas de prevenção e aos serviços de atenção secundária.

Há um estranhamento pelos usuários e demais membros da equipe multiprofissional quanto a realização de atividades extra clínica pela eSB. Tal evento reforça o entendimento da necessidade de priorização do atendimento individual, em prejuízo às atividades coletivas. As dificuldades para realização de atividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças bucais contribuem para a manutenção do quadro de alta demanda por tratamento restaurador. Conforme afirmaram Soares et al. (2017), permanecem nas práticas de saúde bucal as antigas “Odontologias”.

Eles estão querendo aproximar isso aqui do que era o antigo posto de saúde, que você chega e é atendido. Eu acho essa proposta ruim e acho que estão fazendo por alguns motivos. Primeiro porque há o sucateamento das UPAS, que não dão mais conta das coisas que davam, e isso vai sobrar aqui, vai desaguar aqui. Na verdade, já está desaguando e sempre desaguou (SAÚDE DA FAMÍLIA 6).

Há uma crítica discursiva ao modelo antigo que, concentrado na livre demanda, é considerado apenas como “enxugador de gelo”. Há, inclusive, preocupações quanto ao término do modelo das eSB e o retorno ao modelo tradicional de atendimento baseado em uma fila de espera para urgências. Porém, a sobrecarga de atividades contribui para um cenário de pouca mudança nesse sentido. As lesões pré-malignas são negligenciadas pelos profissionais, que diante de uma rotina estafante, não fazem os exames bucais com detalhamento nas partes moles. O acesso universal quase que se limita às demandas espontâneas, porque os agendamentos não contemplam toda a população de referência, limitando-se a grupos prioritários.

Com o quadro de sobrecarga dessas equipes, a gestão estabelece prioridades por meio de indicadores e metas de produção. Geralmente, essas metas estão associadas aos grupos

prioritários já tradicionalmente trabalhados pelas eSF ou definidas pelas normativas nacionais e pactuadas em indicadores. Nesse sentido, a importância dos indicadores não é apenas para avaliação da qualidade, mas também para definição das atividades a serem realizadas, haja vista que essas têm quase se limitado às prioridades.

A gente tem um livro de espera. Gestante é prioridade, diabético é prioridade, criança até um ano de idade ou encaminhada pelo PSE é prioridade, acamado é prioridade, dificuldades de locomoção é prioridade. Por mês tenho 20 novas gestantes em uma equipe e 12 na outra. Qual é o horário que sobrou para quem não tem prioridade nenhuma? A prioridade é quase exclusividade. Quem não é prioridade acaba indo para um livro de espera. Se eu não atendesse essas 8.000 pessoas, certamente poderia atender mais pessoas que não são prioridades. Vai me desculpar, mas esse senhor de 50 anos que fuma e bebe, ele vai ficar no livro (SAÚDE DA FAMÍLIA 6).

Devido ao excesso de usuários por equipe, a iniciativa do gestor em definir as prioridades associando-as a metas gera uma consequência impremeditada, pois acaba por restringir, mesmo que informalmente, os grupos populacionais não prioritários, como homens com mais de 40 anos, etilistas e tabagistas que não procuram os serviços. O acesso para esse público tem se resumido ao atendimento por demanda espontânea de alguma urgência autorrelatada, o que, para o câncer bucal, significa diagnóstico tardio. O serviço mantém uma postura passiva, aguardando os casos, que, quando chegam, é por iniciativa do usuário e se encontram em estadiamento avançado, mantendo-se o quadro crítico.

Há uma grande variação das metas, inclusive dentro do mesmo município, tencionando a gestão, mas também a capacidade do profissional em compreender e explicar o indicador e sua meta. Relatou-se muita dificuldade de cumprir com as metas, pois o serviço contempla muito mais do que o previsto na meta. Há uma grande preocupação em metas numéricas de produção, subjugando a qualidade dos serviços prestados. De uma forma geral, as indicações da SES/RJ e do Ministério da Saúde são seguidas. Mesmo após o Ministério da Saúde excluir alguns indicadores de saúde bucal de suas pactuações, houve um esforço estadual para manutenção, visando manter a série histórica. Os gestores municipais apoiaram a SES/RJ. Nos serviços de atenção primária visitados não havia indicadores para o controle do câncer bucal. Isso, frente à realidade sobrecarregada dos serviços, faz com que essas ações não sejam prioritárias e realizadas apenas por livre demanda.

O dentista tem que cumprir 20 atendimentos por dia (para se alcançar a meta), então muitas vezes ele tem que acelerar e as coisas acabam passando. O lado positivo é que ele consegue ter um número maior de atendimentos e satisfazer aquela região. O lado negativo é a atenção que você tem que dar a cada paciente. Aí a gente não faz uma anamnese bem-feita. A gente tem um exame clínico que não é bem feito. Aí é aquela perda de tempo que, às vezes faz diferença (COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL 3).

Em 2019, a SES/RJ lançou o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária Saúde (PREFAPS) e um dos componentes do financiamento está vinculado ao alcance de metas de indicadores pactuados. Entre os indicadores, há um de saúde bucal que é a realização, por todas as eSB, de mais de 70% dos procedimentos listados para a atenção primária. Entre os procedimentos, encontram-se a identificação e registro de alterações de tecidos moles da boca e o registro do encaminhamento para o CEO (PREFAPS, 2019).

Apesar de contabilizar os procedimentos relacionados ao diagnóstico do câncer bucal juntamente com os demais procedimentos da atenção primária, a iniciativa do PREFAPS apresenta avanços. O primeiro é o governo do estado do Rio de Janeiro ter avançado no financiamento da atenção primária. O segundo é que esse indicador da saúde bucal, além de importante ferramenta de monitoramento das ações, terá o papel de estimular o registro desses procedimentos no sistema. Ressalta-se que a avaliação do primeiro ciclo do PMAQ-AB identificou que apenas 62,1% das eSB da região Metropolitana I relataram registrar e acompanhar os casos suspeitos de câncer de boca encaminhados para diagnóstico. E, somente 51,6% conseguiam comprovar dados desse registro (CASOTTI et al., 2016). Seria importante avançar, também, no acompanhamento do tempo para diagnóstico e acesso ao tratamento, o que poderia trazer qualificação ao processo.

O quadro de sobrecarga de atividades da eSB se agravou após 2014, período conhecido entre os gestores como “crise financeira”. Esse retrato não é apenas local, mas nacional. Se durante a primeira década se avançou em cobertura de serviços básicos e especializados, a partir de 2016 percebe-se estagnação no cenário nacional, dada a conjuntura político-econômica brasileira (SOBRINHO; MARTELLI, 2019). Localmente, tanto a baixa cobertura, quanto a sobrecarga de trabalho, agravou-se com a crise financeira e o contingenciamento de gastos.

Durante o período de trabalho de campo houve relatos de redução de equipes da atenção primária. Segundo informações do Ministério da Saúde, houve leve redução da cobertura no estado do Rio de Janeiro e na região Metropolitana I, com grande variação entre os municípios (Tabela 6).

Tabela 6: Variação da cobertura de atenção primária, por localidade e ano.

LOCALIDADE	2009	2014	2019	Variação 2014-09	Variação 2019-14
Estado do Rio de Janeiro	29,23%	36,91%	32,53%	7,68%	-4,38%
Região Metropolitana I	17,53%	25,77%	22,12%	8,24%	-3,65%
Belford Roxo	11,26%	10,27%	6,90%	-0,99%	-3,37%
Duque de Caxias	17,56%	16,29%	18,77%	-1,27%	2,48%
Itaguaí	47,96%	42,97%	27,76%	-4,99%	-15,21%
Japeri	10,49%	25,00%	9,96%	14,51%	-15,04%
Magé	68,98%	66,80%	22,65%	-2,18%	-44,15%
Mesquita	18,91%	17,72%	20,31%	-1,19%	2,59%
Nilópolis	9,43%	27,01%	33,37%	17,58%	6,36%
Nova Iguaçu	9,94%	21,96%	23,85%	12,02%	1,89%
Queimados	4,35%	12,80%	14,87%	8,45%	2,07%
Rio de Janeiro	17,66%	28,22%	24,03%	10,56%	-4,19%
São João de Meriti	4,48%	7,52%	7,44%	3,04%	-0,08%
Seropédica	56,04%	63,13%	63,81%	7,09%	0,68%

Fonte: eGestor, disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em 24/02/2020.

Além da redução de equipes, houve interrupção de serviços por demissões, salários atrasados, greve, quebra de equipamentos sem manutenção, falta de material, diminuição de dentistas de UPA e problemas na infraestrutura sem previsão de obra. A cobertura, já baixa no âmbito formal do cadastro das equipes, se agrava quando consideramos as unidades que realmente estão em condições de funcionamento pleno.

Afetou todo mundo. Tudo foi afetado, material, a gente tem um grupo de coordenador de saúde bucal que faço parte, que a gente está sempre trocando o material, dando um jeito. Hoje, por exemplo, você tem material para todos os dentistas? Não. Se chega anestésico, priorizo hospital e CEO, porque eu não recebo quantidade suficiente (COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL 2).

Os postos estão funcionando em condições extremamente precárias e a maioria nem funcionando está. A gente tem muitos postos com atendimento odontológico paralisado porque o compressor, ou foi roubado, está quebrado, ou funciona muito mal, ou a luz está ruim, ou a sala do profissional está com ar condicionado queimado. São tantos problemas não resolvidos na estrutura da atenção primária, que esses profissionais paralisam atendimento. Por mais que o profissional esteja lá, o que ele faz é avisar “olha, infelizmente vou ter que remarcar e não vou poder te atender porque está quebrado”, mas ele não manda o cara abrir a boca. E na estomatologia, muitos dos encaminhamentos não são por queixas dos pacientes, são para observações feitas pelo colega. Se ele não está olhando o paciente, como que ele vai fazer a identificação do problema (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

Esse cenário faz com se aumente a sobrecarga nas unidades em funcionamento, com o atendimento das urgências e diminuição do tempo para atividades planejadas. Na

impossibilidade de atender a urgência, tem-se encaminhado o usuário ao CEO, sobrecarregando e desviando esse estabelecimento de sua função.

A demanda é bem grande de pacientes. No momento meu trabalho maior lá seria as exodontias, porque o meu equipo está ruim, estou aguardando o conserto, mais ou menos uns oito meses. Claro, priorizando dor, porque é um bairro bem carente, então normalmente a maior procura é relacionada à dor. No momento, como não estou tendo como fazer as extrações, eu faço um encaminhamento para o CEO, onde vai sendo resolvido, conforme capacidade de agendamento (SAÚDE DA FAMÍLIA 11).

Os coordenadores de saúde bucal, como forma de enfrentamento da crise financeira, acabaram se aproximando. A troca de materiais tornou-se uma conduta estratégica de rotina desses agentes, principalmente com as dificuldades de compra de material. Por se tratar de mais uma maneira informal de interação, essas relações possuem um caráter de personalidade. A cada caso, a depender os coordenadores envolvidos, as decisões são tomadas de uma maneira.

Apesar da situação descrita e apresentada pelos profissionais, o discurso dos gestores é que o pior da crise já passou. Mesmo assim, a perspectiva é apenas de manutenção da rede existente, sem expansão. Segundo eles, manter a baixa cobertura, por si só, já seria uma conquista.

A dificuldade é a mesma que todo mundo passou, verba. Todo mundo assumiu com a verba muito lá embaixo, não há nenhum município da baixada que diz que está bem financeiramente, tudo funcionando. Um dos objetivos do prefeito foi atualizar as quatro folhas salariais atrasadas. Então 2017 foi sem nenhum investimento. Esse ano que a gente começou com os investimentos. O material odontológico chegou agora, faz um mês e pouco. A odontologia está funcionando muito precariamente. O nosso plano é normalizar essa parte de insumos e de manutenção de equipamentos, para ver se até dezembro a gente consegue zerar isso e no próximo ano voltar à normalidade (COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL 3).

Apesar da expressão de otimismo por parte da gestão, alguns profissionais observam um futuro incerto e duvidoso, seja em relação à permanência das equipes contratadas, seja pelas condições de trabalho. O fato é que, diante das crises econômicas, a saúde bucal passa a não ser prioridade, e as medidas restritivas impactam no acesso ao cuidado dos estratos sociais menos favorecidos (PROBST et al., 2020), que são o grupo de maior risco para o câncer bucal.

Se continuar a crise financeira, a falta de investimento, principalmente na atenção primária, a tendência disso é piorar. Vejo por esse sentido. Assim, você perde o enfoque na prevenção. Não pode deixar sucatear a atenção primária como a gente vê que está acontecendo (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 5).

Não sei como vamos ficar com a nossa saúde. Acho que se for dessa questão que ele (prefeito) quer fazer, de cortar as equipes, a tendência é voltar como era antes, de retrocesso. Acho que estávamos evoluindo. Voltar o que era antes? Aquelas filas enormes nos hospitais, com número de senhas limitadas, eu acho que faz um retrocesso (SAÚDE DA FAMÍLIA 10).

Além da baixa cobertura de serviços de saúde bucal da atenção primária na região, outro fator dificultador de acesso foi o horário de funcionamento das unidades. Como o grupo de risco para o desenvolvimento do câncer bucal são homens com mais de 40 anos, muitos trabalham nos horários de funcionamento. A possibilidade para ampliar o acesso seria o horário estendido. Apesar de algumas unidades já trabalharem com a lógica de horário estendido, foi criado pelo governo federal o Programa Saúde na Hora, que tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços de atenção primária por meio do funcionamento da unidade de saúde família em horário estendido.

A cidade do Rio de Janeiro tem aderido à proposta (Tabela 7). Por se tratar de medida muito recente, ainda não é possível analisar seu impacto, mas é possível afirmar que, apesar da ampliação do acesso previsto no discurso legal, essa ação não amplia a cobertura da população assistida, pois não aumenta o número de equipes. Outro cuidado que é necessário, se refere ao aproveitamento desse horário estendido para atendimento das pessoas que possuem dificuldades de acessar no horário normal de funcionamento.

Tabela 7: Adesão ao programa Saúde na Hora, por número de unidades, localidade e estado da solicitação.

LOCALIDADE	Solicitado	Homologado	Vigente
Estado do Rio de Janeiro	20	178	87
Região Metropolitana I	11	149	86
Belford Roxo	0	0	0
Duque de Caxias	0	0	0
Itaguaí	0	0	0
Japeri	0	0	0
Magé	0	0	0
Mesquita	0	3	0
Nilópolis	0	0	0
Nova Iguaçu	9	0	0
Queimados	0	0	0
Rio de Janeiro	2	146	86
São João de Meriti	0	0	0
Seropédica	0	0	0

Fonte: eGestor, disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em 24/02/2020.

Frente às dificuldades de sobrecarga e cobrança de alcance de metas para ações prioritárias, corre-se o risco desse horário ser utilizado para se ampliar a atual forma de organização, sem atingir, assim, os objetivos do programa. Ou seja, mais uma vez repetir as

velhas formas de organização por outros meios, contribuindo com a reprodução dos problemas.

A gente já teve horário estendido que é eu falava: esse horário tem que marcar para homens. Eles marcavam crianças de 7 a 8 anos nesse horário. Ela pode vir qualquer horário. Eu quero homens. Quero aquele público que cria resistência (SAÚDE DA FAMÍLIA 1).

Uma questão específica para a região Metropolitana I é a limitação de expansão do horário de atendimento devido à violência urbana. O conflito violento entre os grupos rivais já limita o acesso do usuário de outra região nos horários convencionais. As unidades localizadas nas regiões centrais dos municípios, principalmente os CEO, apesar de mais distantes, podem ser de mais fácil acesso, por estarem fora das áreas de risco.

Os entrevistados revelaram que as diversas formas de violência (assalto, roubo, tráfico, milícias e conflito com policiais) têm levado às unidades situações que quebram a rotina, interrompem os serviços e, por consequência, diminuem o já limitado acesso. Faz com que afete, nas palavras de Giddens (2002), a “segurança ontológica” dos profissionais, pois interfere diretamente na rotina cotidiana das unidades. Esse novo estado de insegurança, além de causar sofrimento, pode levar a desorientação cognitiva e emocional. Mesmo os profissionais das unidades consideradas mais tranquilas afirmaram que têm ciência de que em outras unidades a violência tem se agravado.

Tem as regras, de entrar com farol aceso, vidro aberto, e aí a gente tenta fazer isso aí, mas dificulta, porque, muitas vezes, quando tem alguma situação, que eu acho que vai acontecer alguma coisa na comunidade, eu particularmente nem vou trabalhar (SAÚDE DA FAMÍLIA 11).

A realidade observada se aproximou de casos já descritos na literatura. Os profissionais reconhecem os riscos a que estão expostos, tanto nas visitas domiciliares, quanto no cotidiano nas unidades de saúde. Acreditam no reconhecimento, apoio e proteção pela comunidade no desenvolvimento de suas atividades, embora sejam insuficientes para conter o risco em determinadas situações (VELLOSO, 2005). Esse estado de violência, por trazer medo e insegurança, pode contribuir com a rotatividade profissional. Há necessidade de, sobretudo, do apoio de gestores e autoridades públicas para que os profissionais possam desenvolver estratégias que facilitem a assistência aos usuários (SANTOS et al., 2017).

Você imagina a situação de estresse que é um assalto, isso aconteceu na hora do almoço. Você imagina como os profissionais do posto ficaram fragilizados, roubaram todos os celulares e tal, aí entram em contato com a Secretaria de Saúde, não vai uma pessoa lá ver como é que estão esses profissionais do posto, dar uma assistência (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

A violência, e suas representações, interferem na produção do cuidado e na produção dos vínculos, devendo haver estratégias de minimização dos riscos individuais sobre seus trabalhadores (ALMEIDA et al., 2019). A ausência de uma política de segurança pública que dê conta desses problemas fez com que fosse criado um código de acesso seguro para informar à equipe os momentos mais críticos, tentando diminuir os riscos e criar maior sensação de segurança. O acesso mais seguro é uma plataforma que reúne informações sobre o nível de violência do local e, por cores, orienta como o atendimento deve ser realizado: verde significa acesso liberado; amarelo significa alerta, não sendo possível realizar atividades no território; vermelho significa risco, a clínica deve ser fechada.

Como forma de enfrentamento dessas condições restritivas, os profissionais das eSB utilizam estratégias para ampliação do alcance de suas ações. São estratégias compensatórias para o excesso de usuários adscritos por equipe. Dentre as estratégias mapeadas destacaram-se as campanhas de exame bucal e a participação em grupos antitabagismo.

As campanhas de exame bucal têm o objetivo de intensificar o número de exames, para fins da detecção de lesões suspeitas, e divulgação de informações a respeito do câncer bucal. Esses exames são, geralmente, associados a datas comemorativas como Dia de Combate ao Fumo, Dia de Combate ao Câncer de Boca, Dia de Combate ao Câncer e Dia do Câncer de Boca.

Apesar da importância de se divulgar informações a respeito do processo de adoecimento e de se realizar exames bucais, essas ações, na forma em que estão sendo executadas, possuem importantes limitações, pois têm como finalidade substituir o acompanhamento individual, e não, necessariamente, atingem o público alvo. Ou seja, devido à sobrecarga de trabalho, pensa-se em atividades em forma de campanhas para se atingir o maior número de pessoas possível e em um menor período, independente da qualidade da ação.

Desde o primeiro ciclo do PMAQ-AB, identificou-se que 65,5% das eSB participantes da região Metropolitana I afirmaram fazer campanhas de detecção de lesões bucais (CASOTTI et al., 2016). Essas ações têm como limite serem pontuais, direcionadas a um público que geralmente já participa de atividades na unidade e que não é o grupo de maior risco (NEMOTO et al. 2015; HADZIABDIC et al., 2017). Além disso, há limitações quanto ao local onde são desenvolvidas as ações e a estrutura necessária para um exame bucal adequado. Se em um ambiente controlado e com iluminação especial, como um consultório odontológico, algumas lesões iniciais são difíceis de serem identificadas, em ambientes externos essa complicação se amplia. Isso pode dar, ao usuário, a falsa sensação de que está

tudo bem, quando não houve, de fato, condições de o profissional identificar uma possível lesão inicial.

A gente tem as campanhas, que são feitas de forma anual. A ideia é fazer a explanação sobre o tema, mas a sala de espera também nem sempre dá para a pessoa se sentir à vontade e abrir a boca no meio da sala de espera. Então a gente faz o convite para a pessoa ir até o consultório para fazer esse exame. Mas o público ali na frente, de homens, era muito pequeno. É mais mulher e criança (SAÚDE DA FAMÍLIA 5).

É importante também analisar os aspectos éticos desse tipo de atividade, pois esses usuários examinados para identificação de lesão suspeita de câncer bucal podem possuir outras necessidades de tratamento. Nesses casos, o profissional não poderia ignorá-las. Porém, será inviável ele iniciar o tratamento de tantos usuários, principalmente considerando a sobrecarga de atividades a que esses profissionais já estão submetidos. Essas atividades também geram conflito com a população, que não terá suas necessidades atendidas.

Mutirão de avaliação oral, para tentar identificar câncer de boca. Onde esbarra. A galera reclama com a gente “E você vai só olhar, e meu dente furado, você não vai mexer?”. Eu vou resolver o problema de todos eles? Não dou conta. Porque vai ouvir coisas que não quer ouvir. Vai ter o velhinho que vai estar bravo. O que a gente poderia fazer? Nessa situação atual da odontologia, com uma equipe para 2 para 3, para 5, só mutirão por microárea (SAÚDE DA FAMÍLIA 6).

Algumas unidades relataram a obrigatoriedade de se fazer as campanhas, mesmo que a imposição tenha sido feita de forma indireta, com algum tipo de constrangimento. Parece haver pouca reflexão sobre o resultado dessas campanhas. Por exemplo, nenhuma unidade conseguiu apresentar quantas pessoas foram examinadas nas últimas campanhas, qual o perfil dessas pessoas, quantas lesões suspeitas foram identificadas, quantos exames foram realizados, quais os resultados desses exames, e se houve encaminhamento dos casos.

É muito bonito na campanha. Todas as unidades fazendo triagem, mas isso deve ser feito no dia a dia. O paciente que pode ter uma lesão cancerígena não está aqui só na semana da campanha. As campanhas são quase que impostas. Todo mundo tem que anotar e tudo mais. Você não precisaria fazer campanha se fizesse isso diariamente. Eu nunca peguei nenhum paciente nessas campanhas, nunca. Todos eles foram fora da campanha, quando eu tive um tempo para perguntar alguma coisa. É muito equivocado, pois é mais uma pressão sobre o profissional, que tem que desmarcar um turno da agenda dele, para ficar ali na frente falando. Muitas vezes o paciente que está ali na frente não quer escutar você falando de câncer de boca, ele quer saber quanto tempo vai demorar para o médico atender e resolver o problema dele (SAÚDE DA FAMÍLIA 5).

Em 2004, 238.087 pessoas de 60 anos ou mais participaram da campanha de prevenção e diagnóstico do câncer bucal realizada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo durante a campanha de vacinação contra a gripe. Os idosos eram examinados na campanha e, quando necessário, encaminhados a um serviço para um novo exame de confirmação do diagnóstico. Das 5.280 pessoas encaminhadas para elucidação diagnóstica, 0,5% (26 casos) tiveram diagnóstico confirmado de câncer bucal e 22,5% não compareceram para completar o diagnóstico. Considerando-se a falta de monitoramento dos resultados e a elevada proporção de pacientes cujo problema não pôde ser resolvido, a campanha mostrou-se ineficaz (ANTUNES et al., 2007).

A segunda estratégia destacada para se realizar o maior número de exames bucais é a participação em grupos de usuários que procuraram o tratamento do tabagismo na unidade de saúde. Foi possível identificar que, em algumas unidades, o grupo estava enfraquecido por baixa procura ou por rotatividade recente dos profissionais responsáveis pelo grupo.

Esse tipo de ação, junto ao grupo antitabaco, possui mérito por se concentrar em um grupo de pessoas que estão expostos ao principal fator de risco para o câncer bucal. Apesar da baixa adesão, entende-se que o exame por busca ativa da população com fatores de risco se mostra eficiente e deve ser estimulado (ANDRADE, 2010; HADZIABDIC et al., 2017).

Entretanto, é importante considerar que esse tipo de ação também apresenta limitações. A primeira limitação também se refere ao problema ético de se identificar e não atender as demandas de tratamento que não sejam relacionadas ao câncer bucal. Porém, considerando que o enfoque no grupo de tabagismo diminui o número de usuários examinados, é mais factível que os pacientes sejam inseridos para tratamento odontológico, sem sobrecarregar ainda mais a rotina de atendimentos.

A segunda limitação é que, apesar desse grupo ser de tabagistas e terem um maior risco de desenvolvimento do câncer bucal do que a população em geral, os participantes desses grupos são pessoas que apresentaram o interesse em parar de fumar e que possuem o hábito de frequentar a unidade de saúde. Ou seja, entre os usuários com maior risco de desenvolvimento do câncer bucal e diagnóstico tardio, há um grupo de altíssimo risco, que não é acompanhado de forma ativa pelas equipes e não frequenta os serviços, a não ser em caso de urgência. Este grupo, de altíssimo risco, continuaria excluído.

A gente faz muito programa de conscientização com aqueles pacientes que estão querendo parar de fumar. Aqueles que participam do grupo antitabagismo. Só que esse não é o meu foco. Eu preciso focar nos que fumam hoje e não tem interesse de parar de fumar. É nesses que a gente precisa chegar. Tem como, porque na Ficha A a gente anota. Mas é muita gente (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 1).

Assim, apesar das atividades voltadas ao grupo de tratamento do tabagismo terem seu mérito, é necessário pensar em estratégias para alcançar quem não procura atendimento e não quer, por conta própria, parar de fumar. Porém, devido à sobrecarga de atividades crescente que as eSB estão expostas, a busca ativa desse público torna-se cada vez mais difícil.

Centro de Especialidades Odontológicas

O CEO é compreendido pelo conjunto de agentes entrevistados como o espaço prioritário para realização de biópsias e confirmação diagnóstica do câncer bucal. Desde sua origem, essa unidade tem como uma de suas áreas de atuação o diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal (BRASIL, 2006). O estado do Rio de Janeiro conta com 82 CEO em 55 municípios. Todas as regiões de saúde do estado possuem CEO habilitados. A região Metropolitana I concentra 34 (41,46%) dessas unidades (Tabela 8).

Tabela 8: Estabelecimentos habilitados como Centro de Especialidades Odontológicas, por tipo de habilitação e região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020.

HABILITAÇÃO	BIG	BL	CS	MP	MI	MII	NO	N	SER	TOTAL
CEO tipo I	0	3	2	6	4	1	3	0	1	20
CEO tipo II	3	4	3	7	26	2	3	2	5	55
CEO tipo III	0	0	0	2	4	0	1	0	0	7
Total	3	7	5	12	34	3	7	2	6	82

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 24/02/2020.

Legenda: BIG: Baía da Ilha Grande; BL: Baixada Litorânea; CS: Centro-Sul; MP: Médio Paraíba; MI: Metropolitana I; MII: Metropolitana II; NO: Noroeste; N: Norte; SER: Serrana; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas.

Todos os municípios da região Metropolitana I possuem CEO habilitados (Tabela 9). Apesar de parecer positivo, deve-se levar em conta o número de unidades para atender a toda a população. Por exemplo, Nova Iguaçu possui um CEO para mais de 800.000 pessoas, o que, certamente, inviabiliza a universalização do acesso aos serviços secundários de saúde bucal, incluindo a detecção precoce do câncer bucal.

Tabela 9: Estabelecimentos habilitados como Centro de Especialidades Odontológicas, por tipo de habilitação e município da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2020.

MUNICÍPIO	CEO I	CEO II	CEO III	TOTAL
Belford Roxo	0	2	0	2
Duque de Caxias	1	1	1	3
Itaguaí	0	1	0	1
Japeri	0	1	0	1
Magé	2	0	1	3
Mesquita	0	1	0	1
Nilópolis	0	1	0	1
Nova Iguaçu	0	0	1	1
Queimados	0	1	0	1
Rio de Janeiro	1	16	1	18
São João De Meriti	0	1	0	1
Seropédica	0	1	0	1
Total	4	26	4	34

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 24/02/2020.

Legenda: CEO: Centro de Especialidades Odontológicas.

Apesar da obrigatoriedade de ofertar os serviços de diagnóstico bucal, as regras normativas de constituição dos CEO não obrigam os gestores a contratarem um estomatologista. A estomatologia é a especialidade odontológica que tem como objetivo a prevenção, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento das doenças próprias do complexo maxilo-mandibular, das manifestações bucais de doenças sistêmicas e das repercussões bucais do tratamento antineoplásico (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012). No estado do Rio de Janeiro existem hoje, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 94 estomatologistas, em um universo de mais de seis mil dentistas que prestam serviços ao SUS. Outro profissional essencial para o diagnóstico do câncer bucal é o cirurgião-dentista especialista em patologia bucal. Conforme se verifica na Tabela 10, estão cadastrados apenas 18 patologistas.

Tabela 10: Especialidade dos cirurgiões-dentistas do estado do Rio de Janeiro, registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em unidades do SUS, 2020.

OCUPAÇÃO	Frequência	
Total	6347	100,00%
Clínico geral	2941	46,34%
Estratégia de saúde da família	1429	22,51%
Traumatologista bucomaxilofacial	497	7,83%
Endodontista	321	5,06%
Odontopediatra	207	3,26%
Odontologia para pacientes com necessidades especiais	203	3,20%
Periodontista	202	3,18%
Protesista	118	1,86%
Ortopedista e ortodontista	109	1,72%
Estomatologista	94	1,48%
Radiologista	45	0,71%
Dentística	40	0,63%
Saúde coletiva	29	0,46%
Protesiólogo bucomaxilofacial	28	0,44%
Patologista bucal	18	0,28%
Odontologista legal	16	0,25%
Implantodontista	13	0,20%
Odontologia do trabalho	13	0,20%
Epidemiologista	6	0,09%
Reabilitador oral	5	0,08%
Odontogeriatra	5	0,08%
Disfunção temporomandibular e dor orofacial	4	0,06%
Auditor	4	0,06%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 24/02/2020.

A distribuição de estomatologistas e de patologistas pelas regiões de saúde demonstra uma boa dispersão, exceto na região da Baía da Ilha Grande, onde não se encontra nenhum estomatologista cadastrado (Tabela 11). A ausência de patologistas bucais em algumas regiões é menos crítica do que a de estomatologistas, pois a ausência do estomatologista pode fazer com que o paciente com lesão suspeita de câncer bucal tenha dificuldades de confirmação em sua região de saúde e tenha que se deslocar para outra região. Por outro lado, a ausência de um patologista bucal em uma região pode fazer com que a lesão biopsiada seja transportada de uma região para outra. Considerando essas duas situações como indesejáveis, existe maior dificuldade no transporte do usuário com suspeita de câncer, do que de sua lesão já biopsiada.

Tabela 11: Distribuição dos estomatologistas e patologistas bucais nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020.

ESPECIALIDADE	BG	BIG	BL	CS	MI	MII	MP	N	NO	S	Total
Estomatologia	0	3	3	1	52	7	16	3	5	4	94
Patologista bucal	1	0	0	0	1	5	3	0	2	6	18
Total	1	3	3	1	53	12	19	3	7	10	112

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 24/02/2020.

Legenda: BIG: Baía da Ilha Grande; BL: Baixada Litorânea; CS: Centro-Sul; MP: Médio Paraíba; MI: Metropolitana I; MII: Metropolitana II; NO: Noroeste; N: Norte; Ser: Serrana.

Considerando apenas a região Metropolitana I, observa-se que há maior concentração de profissionais estomatologistas cadastrados no CNES em serviços do SUS na capital fluminense (Tabela 12). Essa condição favorece para os municípios desse município um acesso de maior qualidade ao diagnóstico do câncer bucal. O único patologista bucal da região está cadastrado na cidade do Rio de Janeiro. Apesar dos conhecidos limites dessa base de dados, a pesquisa de campo confirmou essa deficiência de profissionais especialistas em estomatologia e patologia bucal nos serviços do SUS. Cabe ressaltar, apenas, que a deficiência do patologista bucal no SUS será abordada da próxima seção.

Tabela 12: Distribuição dos estomatologistas e patologistas bucais de serviços do SUS na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2019.

Localidade	Frequência
Estomatologia	
Belford Roxo	2
Duque de Caxias	4
Itaguaí	2
Japeri	3
Nilópolis	1
Nova Iguaçu	1
Rio de Janeiro	37
São João de Meriti	1
Seropédica	1
Patologista	
Rio de Janeiro	1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 24/02/2020.

Em 2019, segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), os CEO foram os principais responsáveis por fazer as biópsias de lesões de interesse ao

diagnóstico do câncer bucal, no estado do Rio de Janeiro e na região Metropolitana I (Tabela 13).

Tabela 13: Local de realização das biópsias de interesse ao diagnóstico bucal, região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2019.

LOCALIDADE	CEO	Hospital geral	Alta complexidade em oncologia	Policlínica	TOTAL
Estado do Rio de Janeiro	833 (71,5)	164 (14,1)	148 (12,7)	20 (1,7)	1.165
Região Metropolitana I	666 (80,9)	130 (15,8)	23 (2,8)	4 (0,5)	823
Belford Roxo	0	0	0	0	0
Duque de Caxias	0	0	0	0	0
Itaguaí	22 (95,7)	1 (4,3)	0	0	23
Japeri	19 (82,6)	0	0	4 (17,4)	23
Magé	11 (100)	0	0	0	11
Mesquita	0	0	0	0	0
Nilópolis	0	0	0	0	0
Nova Iguaçu	0	2 (100)	0	0	2
Queimados	6 (100)	0	0	0	6
Rio de Janeiro	600 (80,0)	127 (16,9)	23 (3,1)	0	750
São João de Meriti	2 (100)	0	0	0	2
Seropédica	6 (100)	0	0	0	6

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS. Procedimentos de biópsia: 0201010232; 0201010372; 0201010526. CID-10 Principal: C00-C10; D10; K00-k14.

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas.

A atuação do estomatologista é muito mais ampla do que a mera realização de biópsias para confirmação de câncer bucal. Na prática, entretanto, a ênfase no diagnóstico do câncer, prescrita pela PNSB, tem direcionado os gestores e profissionais a limitarem os serviços à realização das biópsias.

O estomatologista é o cavaleiro do apocalipse. Ele só serve para dar a notícia ruim para o paciente, depois ele não serve para ajudar em nada. Nem no preparo pré-tratamento, nem na mucosite, não tem laser, não tem nada. Na verdade, o que a gente é? Fazedor de biópsia? Isso eu acho muito ruim da rede pública, não tem um trabalho integrado (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 4).

Segundo dados do SIA/SUS, a maioria das biópsias registradas em 2019 na região Metropolitana I, para lesões de interesse ao estudo do câncer bucal, foi realizada por um estomatologista (Tabela 14).

Tabela 14: Profissionais responsáveis pelas biópsias no estado e na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, em 2019.

Profissional – CBO	Estado do Rio de Janeiro	Metropolitana I
Cirurgião-dentista estomatologista	752 (63,1)	587 (71,2)
Cirurgião-dentista traumatologista bucomaxilofacial	274 (23,0)	181 (21,9)
Cirurgião-dentista clínico geral	64 (5,4)	28 (3,4)
Médico	49 (4,1)	25 (3,0)
Cirurgião-dentista patologista bucal	38 (3,2)	0
Cirurgião-dentista -outros	14 (1,2)	4 (0,5)
TOTAL	1.191 (100)	825 (100)

Fonte: SIA/SUS. Procedimentos de biópsia: 0201010232; 0201010372; 0201010526. CID-10 Principal: C00-C10; D10; K00-k14.

CBO: Código Brasileiro de Ocupações.

Apesar disso, o cenário descrito pelos entrevistados é de ausência de estomatologista na rede, inclusive no CEO. São duas medidas diferentes. Pode-se ter muitas biópsias centralizadas em um grupo restrito de profissionais. Lembrando, que a presença de um especialista não é obrigatória no CEO.

Não seria possível colocar, para a realidade nacional, a obrigatoriedade de ter um especialista, de todas as especialidades em todos os CEO. Talvez na Metropolitana I isso seja mais fácil, mas não é uma realidade estadual ou nacional (ÁREA TÉCNICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL 2).

A ausência de um indicador específico para acompanhar a produção do serviço de diagnóstico bucal do CEO também pode contribuir para a opção do gestor em não ter o serviço, ou o especialista, no CEO. Para fins financeiros, a realização de biópsias é contabilizada no bloco de produção de cirurgias, junto com os demais procedimentos dessa especialidade.

A ampliação da atenção primária, mesmo que limitada, gerou aumento da demanda para a atenção secundária, que não cresceu no mesmo ritmo (LIMA; O'DWYER, 2018). Durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB, apenas 50% das equipes que afirmaram ter um CEO de referência, declararam ter referência para estomatologia no município (CASOTTI et al, 2016).

Em todos os cenários visitados foi relatado que as demais especialidades dos CEO possuem grandes filas para atendimento, principalmente cirurgia oral menor e endodontia, que demoram mais de 6 meses. Por outro lado, para o diagnóstico do câncer bucal, a agenda das unidades visitadas sempre possuía espaços livres para atendimento diário de demandas espontâneas, ou, no máximo, um tempo de espera de uma semana. Esse curto tempo de espera para uma consulta especializada foi observada em outros cenários (SEOANE, 2017). Na

região Metropolitana I, segundo dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, o acesso ao especialista demorava, em média, 14 dias para a capital fluminense, e 50 dias para os demais municípios (CASOTTI et al., 2016). Se as informações dadas pelos entrevistados estiverem corretas, esse cenário melhorou.

Essa questão do tempo é fundamental para o prognóstico do usuário com câncer bucal. Em estudo realizado nos Estados Unidos, identificou-se que o tempo superior a 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de cabeça e pescoço esteve associado à diminuição da sobrevida global e aumento da recorrência da lesão (LIAO et al., 2019). Nesse sentido, buscar as formas de se alcançar o cumprimento da “Lei dos 60 dias” (BRASIL, 2012), parece ser um importante caminho para aumentar a sobrevida desses pacientes.

O serviço de diagnóstico do câncer bucal nos CEO tem sido compreendido como uma especialidade diferenciada. Ser mais resolutivo e ter menor demanda, faz com que não exista fila de espera, o que possibilita o rápido atendimento dos casos suspeitos. Como não há fila para atendimento e a confirmação precoce do diagnóstico tem sido vista como essencial, tem sido estimulado por gestores e profissionais que o encaminhamento seja feito em qualquer caso de dúvida pelo profissional da atenção primária.

No cenário de crise encontrado no trabalho de campo, o não funcionamento da atenção primária, ou sua dificuldade de identificar os casos suspeitos, tem contribuído para a baixa demanda do CEO em estomatologia. Por ter menos demanda, sugerem que os encaminhamentos sejam feitos de forma livre, sem regulação.

De forma contraditória, se para as demais especialidades a expansão limitada da atenção primária já foi suficiente para gerar longas filas de espera, na estomatologia as agendas livres se tornam ainda possíveis devido à baixa cobertura da atenção primária.

Eu sou a única estomatologista. Todos os casos vão para mim. Na prefeitura do Rio atendia quarenta por dia. A média era 30. Eu recebia muito mais paciente, porque a sensação é que a ponta funcionava muito mais. Aqui, a sensação que eu tenho é que as pessoas atendem muito pouco na atenção primária. Cada dia é uma coisa. Acabou a luva, faltou a água... Você pega a agenda, não tem um número de atendimento. Acho que minha demanda é pequena porque a ponta atende pouco (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 4).

O processo de acompanhamento dos casos apresentado pelos profissionais foi bastante variado, apesar de sempre bastante organizado. O registro dos casos nos CEO tem sido realizado em cadernos, planilhas informatizadas e planilhas compartilhadas entre profissionais e gestores pela *internet*, o que pode facilitar o processo de acompanhamento e avaliação dos

serviços. A informatização do processo, associado ao prontuário eletrônico facilitaria o acompanhamento dos casos por profissionais e gestores.

Após a confirmação diagnóstica, o profissional do CEO, responsável pelo diagnóstico, é o responsável por informar o paciente sobre o resultado da biópsia. O encaminhamento para o tratamento em serviços terciários tem sido feito de formas diferentes entre os municípios.

Na capital as regras determinam que o paciente retorne à atenção primária para ser encaminhado para o tratamento na atenção terciária. Nos demais municípios, o encaminhamento para a atenção terciária tem sido feito pelo próprio CEO. Independente da forma de encaminhamento, os dentistas do CEO e da eSB afirmam perder o contato do paciente, que passa a ter o acompanhamento feito pela equipe médica da atenção primária e pelo cirurgião oncologista de cabeça e pescoço.

Os CEO são estruturas secundárias, localizadas em municípios com melhores indicadores sociais (FRAZAO; NARVAI, 2009). Os municípios que não possuem o CEO devem se articular para oferecer atenção secundária, porém não o fazem. Conforme verificado, não há no estado CEO regionalizado, apesar da viabilidade ter sido apontada pela CIB. Como solução ao CEO regional, um profissional de atenção primária dos pequenos municípios pode assumir a responsabilidade de realizar as biópsias. Essa situação é complexa, haja vista que a maioria dos profissionais da atenção primária sente-se incapaz de realizar biópsias (SOUZA et al., 2014).

A gente sempre pensou no CEO regional, mas é muito difícil. O que alegam, e com razão, é que o meu município não tem condições financeiras de ir para outro município. Tem muito município pequeno que pede CEO, e a gente sabe que não vai cumprir metas e nada disso (ÁREA TÉCNICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL 1).

A gente não aprovar o CEO no município de pequeno porte não é por ego, mas é um zelo, um cuidado que a gente tem, por precaução. Porque ele tem de cumprir meta para garantir a verba e quando ele não cumpre meta, ele tem que devolver todo o dinheiro que foi investido com juros e correção, desde o dia que ele teve aprovação (ÁREA TÉCNICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL 3).

Apesar dos avanços, a estrutura da atenção secundária em saúde bucal ainda é muito limitada. É limitada nos grandes municípios que possuem a estrutura financiada pelo Ministério da Saúde, mas mais ainda nos pequenos. Mesmo que a estomatologia seja objeto diferenciado nesses centros, as dificuldades de acesso à essa estrutura é importante fator dificultador para o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal.

Laboratório de patologia oral

Na PNSB, apesar da prioridade discursiva para o diagnóstico do câncer bucal, não há previsão da estruturação de um sistema de apoio que contemple um laboratório com serviço de patologia oral. Não há menção, tão pouco destinação de recursos alocativos.

Com a implantação dos CEO, o diagnóstico bucal passou a ser serviço obrigatório, o que tencionou os municípios a encaminharem suas peças para confirmação diagnóstica em laboratórios de patologia. Em algumas cidades, os gestores optaram pelo envio do material para o laboratório de patologia terceirizado, que já realiza esse serviço para as biópsias de outros tipos de lesões, encaminhados por médicos. Essa medida, com o tempo, apresentou problemas, pois já existe uma grande demanda de material para ser processado nesses laboratórios e não há um patologista oral.

Os laboratórios terceirizados possuem, geralmente, apenas o patologista geral (médico), que não está habituado às especificidades das lesões de boca como o patologista oral, o que pode levar ao atraso da confirmação diagnóstica ou à necessidade de repetição da biópsia. Os laudos de caráter apenas descritivos impossibilitam a confirmação do diagnóstico e, conseqüentemente, o processo de regulação para o tratamento. Nesse caso, é necessário repetir a biópsia.

Uma grande questão é a qualidade do laudo, não só para fechar o diagnóstico, mas também o tempo que se ganha quando você tem um profissional muito capacitado para olhar lâminas, fazer patologia bucal, comparando com conhecimento de um patologista geral que é mais amplo. Quando vem um diagnóstico descritivo, a gente tem que repetir a biópsia (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

As faculdades de odontologia sempre foram importantes centros de diagnóstico, compostos por clínica de estomatologia e laboratório de patologia oral. Com o financiamento feito via PNSB, houve a expansão dos CEO de forma a descentralizar os serviços de diagnóstico bucal, fazendo com que as clínicas de estomatologia das faculdades perdessem um pouco da centralidade para realização dos diagnósticos. Por sua vez, os laboratórios universitários de patologia oral ganharam importância recente para a composição da RAS, haja vista que não há previsão na PNSB de financiamento para as unidades municipais.

Na Tabela 15, verifica-se que os exames de confirmação diagnóstica na região Metropolitana I não estão sendo registrados para o cirurgião-dentista patologista oral. Esse fato reflete a exclusão dos laboratórios das faculdades de odontologia da rede oficial do SUS. Mesmo que nesses laboratórios seja realizada a maioria das biópsias da região, não é feito o

lançamento dos procedimentos no sistema, perdendo-se a informação e a possibilidade de faturamento.

Tabela 15: Profissional responsável pelo exame de citologia, anatomopatológico ou imuno-histoquímica, região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2019.

Profissional - CBO	Estado do Rio de Janeiro	Metropolitana I
Médico anatomopatologista	461	332
Cirurgião-dentista patologista bucal	297	0
Médico patologista	70	1
Médico citopatologista	23	5
Médico hematologista	11	0
Biólogo	1	1
TOTAL	863	356

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial -SIA/SUS. Procedimentos: 0203010035, 0203020030 e 0203020049. CID-10 Principal: C00-C10; D10; K00-K14.

Além disso, a proximidade dos profissionais das eSB com as faculdades qualifica não apenas o processamento e a leitura da lâmina. Os docentes responsáveis se colocam à disposição para discussão dos casos por telefone, além de ofertarem cursos para os municípios.

Eu tive um paciente que tinha uma lesão em assoalho bucal, que era uma lesão estranha, com cara de lesão cancerizável. Era difícil de biopsiar, pois era embaixo da língua. Fiz a primeira biópsia e deu displasia, mas não deu câncer. Apesar da gravidade da displasia e a quase certeza de que vai virar um câncer, a gente não consegue inserir o paciente na rede. Temos que acompanhar o paciente muito de perto e encaminhar quando der a primeira alteração, mas não inserir para tratamento. Fiz a segunda biópsia em outra região, mas antes dividi com o patologista, tirei uma foto da lesão, mandei para o patologista e perguntei o que achava. Ele falou “faça outra, porque já tem alguma área alterada aí”. Fiz uma nova biópsia e deu uma displasia mais grave. O paciente sumiu e não voltou. Liguei para ele diversas vezes. Ele respondeu que estava cansado e decidiu dar um tempo. Falei que a gente não ia dar um tempo, não era momento de dar um tempo. Ele veio na mesma semana e a gente fez a biópsia e aí deu malignidade (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

Diante das dificuldades com os laboratórios terceirizados e das experiências exitosas com os laboratórios das faculdades, os profissionais da área técnica de saúde bucal da SES/RJ buscaram estimular os municípios para a utilização desses laboratórios universitários. O processo tem sido avaliado como muito positivo, pois o laboratório emite o laudo para o município no prazo de 5 a 10 dias. Como contrapartida, os docentes teriam o interesse em receber os casos para a área de ensino e pesquisa.

Eu até enxergo que existe uma contrapartida para esse laboratório. Para uma universidade, quanto maior é o volume de material que chega nela, maior é o aprendizado que ela proporciona, ou os estudos que ele consegue desenvolver (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6)

Em 2017, a gente esteve no INCA e nos falaram que muitos pacientes estavam chegando com lesões muito avançadas. A parte de confirmação de lâmina diagnóstica demorava muito tempo, questão de meses. Eram laboratórios terceirizados, que não tinham patologistas bucais. Não vinha como deveria o resultado, ou demorava. Buscamos alternativas com as universidades, que hoje conseguem o adiantamento desses resultados (ÁREA TÉCNICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL 2).

A informalidade do processo resulta na ausência de repasse financeiro às faculdades pelos procedimentos, o que, em um cenário de crise, tornou-se um fator facilitador para o processo de tomada de escolha do laboratório pelo gestor. Por outro lado, é urgente se pensar na sustentabilidade desse processo, pois as demandas estão aumentando e uma possível redução no financiamento de pesquisas nas faculdades poderá encerrar essa parceria, com poucas possibilidades de rápida solução, haja vista que a contratação de serviços terceirizados dificilmente incluiria um patologista oral e demandaria tempo para se resolver.

Apesar dessa centralidade recente dada pelos profissionais da SES/RJ para os laboratórios de patologia oral das faculdades de odontologia, o encaminhamento do material por alguns serviços municipais é antigo. A mudança é que, se o processo era informal baseado na pessoalidade entre profissional e professor universitário, passou, com apoio da institucional da SES/RJ, para uma formalidade informal. Ou seja, apesar de apresentada em CIB/RJ, pactuada entre o coordenador de saúde bucal e o professor responsável pelo laboratório, não há assinatura de convênios ou repasses financeiros, o que fragiliza a continuidade da parceria ao longo do tempo.

Quando eu comecei no CEO, apesar de ser lotada lá como estomatologista, eu não tinha no município um laboratório para enviar os materiais. Não tinham uma rede com definição do caminho que os materiais iam tomar. Propus um fluxo. Como as faculdades recebiam os materiais gratuitamente, eu estudei na UERJ e conhecia o professor responsável, e propus que esses materiais fossem analisados lá. Não me foi oferecida também nenhuma forma desse material chegar até o laboratório e nem dos laudos voltarem para o município. Nos primeiros anos, eu pegava esse material e levava para a UERJ. Foram os quatro primeiros anos. Eu até preferia fazer isso do que mandar para um laboratório terceirizado (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

De fato, pouco se sabe sobre esse processo, pois a informalidade inviabiliza, inclusive, os registros oficiais sobre os procedimentos realizados e o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema. A não centralidade do laboratório na PNSB, parece ter também

contribuído para a ausência da temática na literatura, sendo necessários estudos exploratórios que investiguem melhor essa relação. Apenas um estudo, realizado em Pernambuco entre 2011 a 2013, identificou pouca demanda dos CEO e eSB diretamente para o laboratório da Universidade federal (FONTE et al, 2015). Assim como na região Metropolitana I, o referido laboratório não é formalmente credenciado ao SUS, mas funciona como referência importante na região metropolitana, ficando a dúvida sobre para onde está sendo enviado o material biopsiado nos CEO, ou, até mesmo, se os CEO da região estão realizando o serviço de diagnóstico bucal, ou encaminhando os casos para as clínicas de estomatologia da própria universidade.

Apesar da obrigatoriedade do laboratório de patologia para o processo de diagnóstico do câncer bucal, esse recurso foi negligenciado na construção da PNSB. Tal fato serviu como dificultador para organização municipal dos processos, mesmo havendo reconhecimento da importância da parceria entre os interessados. Frente ao cenário de escassez de recursos para as universidades públicas, é emergencial a discussão a respeito da formalização dos processos e financiamento das ações, pois a interrupção desses serviços poderá gerar grande impacto no tempo do diagnóstico do câncer bucal.

Atenção terciária

Na alta complexidade, a região Metropolitana I possui o maior destaque, em relação às demais regiões do estado. Das 36 habilitações em assistência de alta complexidade em oncologia do estado, metade se encontra na região, incluindo os dois Cacon (Tabela 16).

É importante destacar que, conforme autoriza a legislação em vigor, algumas unidades são habilitadas em mais de uma modalidade e outras possuem mais de uma unidade hospitalar, mas estão habilitadas apenas uma vez. Dessa forma, o número de habilitações não corresponde, necessariamente, ao número de unidades, mas aos serviços que aquele estabelecimento está autorizado a oferecer pelo SUS.

Tabela 16: Estabelecimentos habilitados na alta complexidade em oncologia, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020.

HABILITAÇÃO	BIG	BL	CS	MP	MI	MII	NO	N	SER	TOTAL
Cacon	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Cacon com serviço de oncologia pediátrica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Hospital geral com cirurgia oncológica	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Serviço de radioterapia de complexo hospitalar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Serviço isolado de radioterapia	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Unacon	0	0	0	0	3	1	0	1	2	7
Unacon com serviço de hematologia	0	0	1	1	3	1	1	0	0	7
Unacon com serviço de oncologia pediátrica	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Unacon com serviço de radioterapia	0	1	0	2	3	0	1	2	0	9
Unacon exclusiva de hematologia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL	0	1	1	3	18	4	3	3	3	36

Fonte: Portaria SAES/MS N° 1399, de 2019 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 24/02/2020.

Legenda: BIG: Baía da Ilha Grande; BL: Baixada Litorânea; CS: Centro-Sul; MP: Médio Paraíba; MI: Metropolitana I; MII: Metropolitana II; NO: Noroeste; N: Norte; SER: Serrana; Cacon: Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon: Unidades de Assistência de Alta Complexidade.

Outra característica diferenciada dessa região é que, das 18 unidades habilitadas, 16 são de natureza jurídica pública (Tabela 17). Essa característica diferencia essa região de saúde das demais regiões do estado, bem como de grande parte da rede de assistência oncológica do país. A administração direta das unidades pode servir como facilitadora no processo de negociação do atendimento das demandas entre gestores públicos. Por outro lado, pode servir como dificultadora desse mesmo processo, quando o contexto político da região não for favorável à negociação solidária.

Tabela 17: Estabelecimentos habilitados na alta complexidade em oncologia na região de saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, por município, 2020.

HABILITAÇÃO	Administração Pública	Entidade sem fins lucrativos	Entidades Empresariais
Total	16	1	1
Cacon Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	1	0	0
Cacon com serviço de oncologia pediátrica INCA	1	0	0
Hospital Geral com cirurgia oncológica Hospital de Ipanema	1	0	0
Serviço isolado de radioterapia Instituto Oncológico	0	0	1
Unacon Hospital Universitário Gaffree e Guinle Hospital Federal Cardoso Fontes Hospital Federal do Andaraí	3	0	0
Unacon com serviço de hematologia Hospital Geral de Bonsucesso Hospital dos Servidores Do Estado Hospital Universitário Pedro Ernesto	3	0	0
Unacon com serviço de oncologia pediátrica Hospital Federal da Lagoa Hospital dos Servidores do Estado	2	0	0
Unacon com serviço de radioterapia Hospital Mario Kroeff Hospital dos Servidores do Estado Hospital Universitário Pedro Ernesto	2	1	0
Unacon Exclusiva de Hematologia Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti	1	0	0
Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica Hospital Estadual Transplante Câncer e Cirurgia Infantil Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	2	0	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 24/02/2020.

Legenda: Cacon: Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon: Unidades de Assistência de Alta Complexidade.

Apesar do número de unidades habilitadas, a cirurgia de tratamento para o câncer bucal é de realização obrigatória apenas para os Cacon, sendo facultativa para as Unacon. A Tabela 18 apresenta os dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) referente às cirurgias oncológicas realizadas com finalidade de tratamento do câncer bucal. Nela, observa-se que, das 302 cirurgias realizadas no estado no ano de 2019, cerca de dois terços (211) foram realizadas na Região Metropolitana I.

Tabela 18: Cirurgias para tratamento do câncer bucal por região de saúde do estado do Rio de Janeiro e estabelecimento responsável, 2019.

LOCALIDADE	CIRURGIAS*
Estado do Rio de Janeiro	302
Baía da Ilha Grande	0
Baixada Litorânea	11
Hospital Santa Izabel	11
Centro-Sul	9
Hospital Universitário de Vassouras	9
Médio Paraíba	3
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	3
Metropolitana I	211
INCA	108
Hospital Mario Kroeff	43
Hospital Universitário Pedro Ernesto	21
Hospital Geral de Bonsucesso	16
Hospital Federal da Lagoa	11
Hospital Universitário Gaffree e Guinle	5
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	3
Hospital dos Servidores do Estado	3
Hospital de Ipanema	1
Metropolitana II	8
Hospital Regional Darcy Vargas	4
Hospital Orêncio De Freitas	2
Hospital Universitário Antônio Pedro	2
Noroeste	10
Hospital São Jose Do Avai	10
Norte	15
Hospital Dr. Beda	11
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	4
Serrana	5
Hospital Alcides Carneiro	3
Hospital São José	2

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>, Acesso em 24/02/2020.

* Cirurgias em oncologia registradas com o diagnóstico principal de câncer bucal (C00-C10).

Observa-se, também, que entre as 211 cirurgias realizadas na região Metropolitana I, 44 (20,8%) foram realizadas em usuários moradores de outras regiões de saúde (Tabela 19). Esse fato demonstra que, para o tratamento cirúrgico do câncer bucal, a região de saúde Metropolitana I tem atendido a totalidade de sua demanda, mais parte considerável (32,5%) da soma da demanda das demais regiões, sobrecarregando a capacidade local. Descentralizar e ampliar esses serviços pelo estado poderia, realmente, contribuir com a diminuição da fila de espera para tratamento.

Tabela 19: Cirurgias para tratamento do câncer bucal no estado do Rio de Janeiro no ano de 2019, por região de residência do usuário e região do estabelecimento de saúde.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	BIG	BL	CS	MP	MI	MII	NO	N	Ser
Outro estado	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Baía da Ilha Grande	0	0	0	6	1	0	0	0	0
Baixada Litorânea	0	11	0	0	5	0	0	0	0
Centro-Sul	0	0	9	1	4	0	0	0	0
Médio Paraíba	0	0	0	26	4	0	0	0	0
Metropolitana I	0	0	0	0	167	0	0	0	0
Metropolitana II	0	0	0	0	15	8	0	0	0
Noroeste	0	0	0	0	1	0	10	0	0
Norte	0	0	0	0	0	0	0	15	0
Serrana	0	0	0	0	12	0	0	0	5

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>, Acesso em 24/02/2020.

Legenda: BIG: Baía da Ilha Grande; BL: Baixada Litorânea; CS: Centro-Sul; MP: Médio Paraíba; MI: Metropolitana I; MII: Metropolitana II; NO: Noroeste; N: Norte; Ser: Serrana.

Em conjunto com a constatação da limitação dos serviços habilitados para absorverem as necessidades da população em tempo hábil, é importante também reconhecer os avanços. Em pouco tempo (30 anos de SUS), estruturou-se uma nova realidade para o controle do câncer no país, buscando a integração das ações e conjunto normativo (SILVA et al., 2017). Apesar dos recursos alocativos continuarem sendo fator dificultador para a atenção terciária, tem havido expansão de serviços terciários, o que pode ser um facilitador para o acesso ao tratamento.

Regulação

A regulação do acesso tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Deve ser efetivada pela disponibilização da alternativa mais adequada à necessidade do cidadão (GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

De forma simplista, as diretrizes normativas da PNSB e da PNPCC preveem que, cabe à atenção primária realizar a suspeita diagnóstica e encaminhar à atenção secundária (componente especializado ambulatorial), que realiza os exames necessários para confirmação diagnóstica e encaminha para tratamento na atenção terciária (componente especializado hospitalar). Nesse, entretanto, observou-se diferentes condutas dos agentes no processo de

regulação. Há uma diferença clara entre a regulação ao diagnóstico do câncer bucal e a regulação ao tratamento. A diferença começa por serem dois sistemas diferentes, o SISREG, de gestão municipal para o diagnóstico, e o SER, de gestão estadual para o tratamento. Mas as diferenças não se limitam a isso.

O acesso ao diagnóstico é bastante heterogêneo, inclusive dentro do mesmo município. De uma forma geral, realmente cabe à eSB o encaminhamento ao CEO. Porém, outras formas de acessar os CEO foram identificadas: o direcionamento de paciente por Unidades de Pronto Atendimento, urgências hospitalares, outros membros da equipe de saúde da atenção primária e, até mesmo, por livre demanda do usuário.

As formas alternativas acabam sendo aceitas por duas razões inter-relacionadas. A primeira é a preocupação com a detecção precoce, que faz com que os profissionais responsáveis pelo diagnóstico renunciem a algumas formalidades e realizem a consulta, independente da forma em que o usuário teve acesso a ele. A segunda é o reconhecimento de que a atenção primária possui baixa cobertura e está sobrecarregada. Solicitar ao usuário que retorne à atenção primária para obter um encaminhamento pode ser considerada uma conduta restritiva ao direito à saúde. Conforme afirmaram Bastos et al. (2019), cabe aos agentes encontrarem novas formas para superar as desigualdades acentuadas no acesso, sobretudo no que se refere às oportunidades de utilização dos serviços de saúde. Deve-se facilitar o acesso do usuário e promover a otimização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2017a).

Eu acho que é um consenso da rede em que a estomatologia precisa ser livre demanda. Porque se um paciente está com uma lesão na boca e não sabe o que é. Ele precisa ter o acesso a um profissional capacitado para diagnosticar aquilo (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 1)

O encaminhamento para o tratamento oncológico tem sido feito é feito de forma centralizada no SER. A gestão estadual da regulação ao tratamento oncológico, tem facilitado para os agentes da equipe técnica da SES/RJ realizarem o processo de negociação dos recursos e vagas entre os municípios. Assim, a estadualização da regulação em oncologia tem sido vista como positiva, pois facilitou o acesso dos demais municípios ao tratamento nas unidades localizadas no Rio de Janeiro.

Antes era o SISREG que fazia a regulação e quem tinha esse controle era o município do Rio. Para os outros municípios entrarem era aquela coisa alucinada de entrar de madrugada, o acesso era muito mais restrito. Regulando pelo estado, definem-se quantas vagas você vai dar para cada município. O que você vivia era que as vagas eram quase totalmente para o município do Rio. Hoje essa coisa se tornou mais justa (ÁREA TÉCNICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL 1).

Uma diferença importante entre a regulação do acesso e do tratamento é a relação entre oferta e demanda. Para o diagnóstico, o tempo de espera por atendimento é pequeno, pois é um serviço de baixa demanda. Para o tratamento, a relação é oposta. Enquanto para o diagnóstico o tempo de espera é, no máximo, uma semana, para o tratamento tem sido entre 4 e 6 meses de espera.

Os complexos reguladores se adequam à oferta de serviços de saúde e à demanda das necessidades reais em saúde (BASTOS et al.; 2019). As longas filas e o tempo de espera de para início de tratamento, fazem com que seja essencial a existência de regras claras e restritivas. O perfil dos usuários encaminhados que são encaminhados para cada unidade terciária é definido pela própria unidade. O espaço de criação e agência dos reguladores é muito estreito.

No sentido oposto, a informalidade e a pessoalidade dos processos foram características centrais nos encaminhamentos para diagnóstico. A motivação dos agentes é facilitar, ao máximo, o acesso do usuário, buscando reduzir o tempo de espera de confirmação da vaga. A ausência de filas pode afrouxar as exigências formais, diferentemente do sistema estadual.

Quando é algo que precisa ser muito rápido eu faço pelo WhatsApp. Pergunto onde é mais rápido e elas falam “coloca no sistema que já libero aqui agora”. Daí uns 10 minutos a vaga já está liberada. Mas, assim, deu sorte de o profissional estar lá, mas às vezes é de um dia para o outro (SAÚDE DA FAMÍLIA 8).

A ausência de transparência no processo de regulação foi outro ponto recorrente apresentado pelos entrevistados. Se um usuário for encaminhado hoje a um tratamento, ele não sabe qual é o seu exato posicionamento na fila. Tão pouco saberá passado um mês. Se não há possibilidades de se garantir a transparência, tão pouco será possível verificar se há equidade no acesso. Essa situação está em desacordo com o que prevê a própria PNPCC, que afirma a necessidade de se garantir a transparência e a equidade no acesso (BRASIL, 2017a).

Você não sabe qual é o seu lugar na fila, não tem uma senha, onde consultar, então não acho transparente. Como nós vimos há pouco tempo, houve uma manipulação do sistema, não em prol da população, mas sim com outros objetivos (COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL 5).

As longas filas para tratamento são sempre associadas ao sistema de regulação, o SER. No entanto, a fila é resultado do pequeno número de unidades habilitadas para tratamento do câncer na região e a alta demanda por tratamento. As filas, que antes eram presenciais na porta dos hospitais, passaram a ser virtuais nos sistemas de informação. Essa situação, apesar

de gerar conforto a quem espera sua vaga, gera desconfiança sobre o respeito da ordem de chegada à fila, bem como diminui os constrangimentos para a gestão, pois diminui a visibilidade social sobre o problema.

Enquanto houver demanda maior do que a oferta de serviços, haverá necessidade de um sistema de regulação. Aperfeiçoá-lo implica na melhoria tecnológica, no aperfeiçoamento da transparência nos processos e na qualificação de profissionais solicitantes e reguladores, pois, apesar da informatização do processo, agência humana é o fator determinante na facilitação ou restrição do acesso.

Condutas dos Profissionais

Uma segunda série de fatores facilitadores e dificultadores estão relacionadas às condutas profissionais, independente do serviço de atuação. O denominado “atraso do profissional” ou “atraso do tratamento”, é o tempo entre a primeira consulta com o profissional generalista e a primeira consulta com o especialista no tratamento (GIGLIOTTI et al.; 2019).

Identificou-se que há uma situação contraditória entre uma maior mobilização dos profissionais frente à suspeita do câncer bucal e um processo de negligência profissional frente o adoecimento do usuário. Além disso, identificou-se um destaque discursivo para a necessidade de processos de qualificação profissional, haja vista que os profissionais das eSB se sentem inseguros para a identificação dos casos suspeitos e intervenções educacionais poderiam melhorar o desempenho dos dentistas nos exames de cavidade oral (HERTRAMPF et al, 2013; HADZIABDIC e t al., 2017).

A maior mobilização dos profissionais quando identificada a suspeita para diagnóstico do câncer bucal tem se relacionado, principalmente, com a proximidade com o sofrimento por câncer e a proximidade com a morte. Esses fatores, como objetos de trabalho do dentista, fazem com que a estomatologia seja, novamente, área diferenciada na profissão.

Dentista é muito sensível ao câncer. Porque é única coisa que de fato mata de sua carreira. Quando você fala câncer, as portas se abrem (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 4).

Conforme se verificou no trabalho de campo, os profissionais, quando inseridos no processo de cuidado do usuário com suspeita de câncer buscam dar maior agilidade aos processos de trabalho, agindo de forma proativa, resultando em maior velocidade nos

encaminhamentos e um processo de regulação diferenciada, visando diminuir os erros e acelerar os processos. A detecção precoce do câncer de boca é de responsabilidade do dentista, independentemente do fato de ele próprio realizar a biópsia ou encaminhar o paciente ao especialista apropriado (HADZIABDIC e t al., 2017).

Por estar ancorado em uma preocupação coletiva com o adoecimento por câncer, a mobilização não atinge apenas os cirurgiões-dentistas, mas também profissionais de outras áreas da saúde, gestores e profissionais administrativos.

As recepcionistas das unidades de saúde desenvolvem sensibilidade para algumas visualizações. Quando o paciente que parece muito debilitado ou é uma lesão grande, elas sinalizam “*olha, veio fazer agendamento, mas...*”. Se alguém me passa que há algo mais preocupante no dia do agendamento, eu atendo no mesmo dia. Fora do sistema, ou, se tiver vaga disponível naquele dia, a secretária joga como se estivesse fazendo agendamento para aquele dia mesmo. Se não tiver, eu atendo fora do sistema (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

Não há muita preocupação no refinamento dos casos encaminhados para diagnóstico. Ou seja, prefere-se que o profissional da atenção primária encaminhe casos que não necessitariam de encaminhamento, do que correr o risco de não encaminhar algum caso que necessitaria. Em estudo realizado em um CEO de Santa Catarina, constatou-se que 86,4% dos pacientes encaminhados para o diagnóstico bucal apresentaram lesão no momento da consulta. As lesões benignas apareceram em quase 98% dos casos (KNIEST et al., 2011).

Acontecem encaminhamentos bobos, tipo achar que a saída de glândula parótida é lesão. Mas vou ser clara com você, prefiro que me mandem isso a não mandar alguma coisa que é importante. Eu prefiro pecar pelo excesso (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 1).

Desconfiar de que um usuário possa, talvez, ter uma lesão, mobiliza mais o profissional do que o atendimento de um paciente que se queixa de dor. O olhar voltado para o adoecimento por câncer contribui para que as pessoas façam coisas que elas imaginam ser fora de sua função e que não fariam para os casos das demais especialidades da odontologia. Por exemplo, ligar para um colega e conversar sobre o caso, atender sem agendamento, encaminhar sem as formalidades do sistema, levar o material da biópsia pessoalmente para o laboratório em outra cidade e voltar para buscar esse resultado e material, insistir até que o diagnóstico esteja confirmado e o paciente encaminhado. Mas isso, apenas se o profissional suspeitar da lesão e ativar, em sua consciência prática, essa mobilização.

Somente quando o paciente relata uma lesão. O paciente que procura um atendimento sem dizer especificamente o que é, isso não ocorre. Se chegar e dizer que está querendo marcar uma consulta porque tem uma ferida ou um caroço na boca dele, o cara pensa “*deixa eu olhar aqui rapidinho*”, mesmo

no impulso encaminhar. Se falar que é uma dor de dente? Não faz nada, muitas vezes mesmo paciente estando com dor (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

A representação do câncer na sociedade possui grande relação com a conduta desses profissionais, estando inserida em sua consciência prática, que é revivida somente após o profissional ter uma suspeita de lesão. De forma contraditória, quando ainda não há a suspeita de câncer, pouco é feito pelo profissional na organização do serviço. Muitas vezes, os poucos casos de câncer que um profissional generalista tem na vida faz com que ele não reconheça o câncer bucal como algo que deveria estar inserido em sua rotina.

Como a preocupação com os pacientes com suspeita de câncer está inserida na consciência prática dos profissionais, o atraso profissional no encaminhamento para o diagnóstico ou tratamento é duramente criticado pelos colegas, que monitoram, mesmo que de forma tácita, o comportamento dos demais. É o que Giddens (2003) denomina de monitorização reflexiva. Os profissionais se cobram quanto à urgência do caso e esperam que os demais profissionais façam o mesmo. Assim, é esperado que todos os agentes envolvidos tenham a obrigação de conhecer as regras e recursos disponíveis para que o diagnóstico e o tratamento ocorram em tempo hábil. Espera-se que os profissionais ultrapassem os limites impostos pelas regras do serviço, seus fluxos e normas, de forma a atender as demandas específicas de cada caso. Os caminhos do cuidado, e própria PNSB e PNPCC, vão sendo constantemente recriados pelos agentes, mesmo que nas informalidades do dia-a-dia do trabalho e de forma diferente do que é previsto normativamente. Quando alguém não faz, considera-se negligência.

A negligência no processo de identificação das lesões suspeitas pode ocorrer por pressa ou descuido no momento de uma anamnese. Os profissionais são formados sendo instruídos a realizar anamneses detalhadas e exames clínicos minuciosos. Porém, no âmbito prático, inseridos em uma rotina sobrecarregada e estressante, os profissionais buscam ser resolutivos e, para isso, focados apenas na doença ou necessidade apresentada. Como as lesões de mucosa oral suspeitas de câncer bucal são raras, comparadas às demais doenças bucais, os profissionais acabam focando seu exame clínico nas estruturas dentárias e periodontais. Apesar de haver profissionais experientes, é comum o relato de fragilidade técnica e insegurança no diagnóstico de lesões potencialmente malignas no cotidiano de trabalho na eSB (BARROS et al., 2017). A pouca vivência nesse tipo de diagnóstico, mesmos para os mais experientes na profissão, também contribui para o não desenvolvimento de um olhar mais cuidadoso ou aguçado sobre as lesões de mucosa.

Talvez a formação nem foi ruim do ponto de vista de profissionais e professores que esse colega eventualmente teve, mas esse cara não despertou o interesse por essa área e acha que isso nunca vai passar pela mão dele. O cara planeja uma restauração linda, mas o paciente está com a lesãozinha quieta lá iniciando. O dentista não vê por não adquirir o hábito de sequência de exame físico como rotina, antes de olhar dente. O cara não traz isso para si na sua rotina diária e isso passa batido (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 5).

De forma contraditória há, no âmbito discursivo, um reconhecimento da importância da identificação do câncer bucal em seu estágio mais inicial possível, mas, quando se encontram lesões pré-malignas, como as leucoplasia e eritroplasias, alguns profissionais não parecem ter a mesma postura de quando anda era suspeita do câncer bucal.

Mandamos um paciente com uma leucoplasia e o estomatologista falou para ela, sem contrarreferência escrita: *“Isso aí não é nada não, os caras de lá não sabem de nada”*. O que a gente fez, regulou de novo para outro serviço, que fez a biópsia. Era uma leucoplasia ainda, mas a leucoplasia não é lesão pré-maligna? Como assim não é nada? (SAÚDE DA FAMÍLIA 6)

A mobilização profissional com os casos com suspeita de câncer faz parte da consciência prática, já inserida no cotidiano do profissional. Porém, poucos conseguem construir algo que possa mudar o quadro, seja por desconhecimento ou dificuldade estrutural. É reconhecido que o exame oral simples pode auxiliar no reconhecimento das lesões, pois elas possuem características que são de ciência do cirurgião-dentista.

O problema de identificação das lesões por um profissional atuante na atenção primária está menos relacionado aos grandes conhecimentos a respeito de técnicas ou classificação das lesões, do que adquirir o hábito de rotina de um exame bucal mais minucioso. O profissional tem tido dificuldade de colocar em prática o conhecimento teórico, quando o possui (SOUZA et al., 2016). A qualificação desses profissionais seria, desta forma, não apenas para que o profissional conheça as características da lesão, mas, principalmente, para que os processos necessários para um diagnóstico sejam uma constante preocupação no exercício profissional cotidiano. Por isso, a qualificação profissional permanente é fundamental para manter o profissional em estado de atenção no momento do exame bucal, haja vista que a raridade dos casos acaba por determinar a pouca experiência desses profissionais. Outro problema para a qualificação dos profissionais é a sua rotatividade, principalmente dos profissionais da eSB, que são em grande número contratados e não possuem estabilidade no emprego.

Quando tem alguma coisa diferente, até pesquisa, ligo para um colega ou professor, para que me orientem. Até tem algumas capacitações que são oferecidas, mas não é muito frequente. Acho que poderia ter um convênio de oferecer capacitação, em períodos mais curtos, porque a equipe muda, a maioria é contratado. Na rotina, acaba que o foco da gente é outro e isso fica muito despercebido. Podem ter passado lesões despercebidas por mim sim, eu confesso, não é muito meu foco (SAÚDE DA FAMÍLIA 11).

Apesar da importância de a qualificação ser reconhecida por profissionais e gestores, foram apontadas dificuldades para o desenvolvimento das atividades. Além do apoio do gestor e interesse do profissional, é necessária a destinação de carga horária, que em uma realidade de sobrecarga nem sempre se consolida. Além disso, a ausência de profissionais qualificados para a organização da atividade também foi apontada. Esse quadro não difere do que relata a literatura, apontando como dificultadores a falta de participação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, infraestrutura, desvalorização de alguns saberes e incompreensão dos métodos utilizados (PINHEIRO et al., 2018).

Os gestores e profissionais ignoram a possibilidade de as ações articuladas entre os profissionais do CEO e da eSB terem esse caráter de educação permanente. Apenas em um local visitado o entrevistado afirmou ter esse tipo de encontro. Essas ações teriam como vantagem, além da apropriação do conhecimento e a manutenção do estado de alerta, a aproximação entre esses profissionais. Compreender a dificuldade do outro e discutir as melhores formas de referência e contrarreferência podem contribuir significativamente com os resultados dos serviços.

Foi uma iniciativa nossa, de estar mais próximo da ponta. Eu tinha uma postura que era totalmente equivocada. Só via erro na ponta. Só questionava os erros dos encaminhamentos, mas não conseguia me colocar no lugar deles e vi que eles também têm dificuldades, assim como eu tenho aqui. Quando a gente começa a se despojar de determinadas coisas e começa a se colocar no lugar do outro, as coisas melhoram (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 1).

A realização de parcerias com outras instituições é outra possibilidade para manter a equipe qualificada e, principalmente, atenta para a realização minuciosa do exame oral. Um caminho identificado na pesquisa foi a organização de atividades gerenciadas pela SES/RJ, mas executadas por meio de parceiras interinstitucionais. Cabe aos gestores municipais atentarem para as oportunidades e viabilizarem a participação dos profissionais. A SES/RJ, inclusive, inseriu no Plano Estadual de Assistência Oncológica de 2017 ações de qualificação para a detecção precoce do câncer bucal.

As atividades de qualificação profissional são estratégicas para a aperfeiçoamento dos serviços de suspeita e diagnóstico do câncer bucal. Mas, tão importante quanto o conteúdo e as metodologias educacionais utilizadas, é manter uma constância nessas ações e desenvolver estratégias para acompanhar as mudanças de prática.

A realização de cursos com maior frequência pode favorecer na manutenção de um constante estado de atenção para o exame bucal na primeira consulta e consultas de emergência. Esse estado de atenção dos profissionais possibilitaria a identificação das lesões em estágios iniciais, pois as lesões diagnosticadas pelo próprio paciente em estágios mais avançados não carecem de muito conhecimento técnico para encaminhamento.

Na grande maioria da realidade do SUS, quando a gente se depara com paciente, pela experiência clínica, você bate o olho e já tem certeza em relação à lesão. Você biopsia por trâmite, é protocolar, na grande maioria. Não há mérito no diagnóstico. Então, aquela lesão inicial, nas mais diversas formas que o câncer bucal pode se apresentar, no período inicial, passa batido, infelizmente (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 5).

Observa-se que o diagnóstico feito nessa fase avançada da doença não é por mérito diagnóstico do profissional. Geralmente, foi o próprio paciente que identificou uma lesão já avançada e procurou um profissional. O reconhecimento, pelo profissional, das lesões realmente iniciais é o maior desafio.

Outra consideração importante identificada na pesquisa é a necessidade de cursos que não envolvam apenas os dentistas, mas também outros membros das equipes, visando compartilhar as responsabilidades de se falar sobre o assunto e se atentar aos sinais de uma lesão suspeita.

O dentista precisa compartilhar a responsabilidade a respeito da suspeita de uma lesão de câncer, principalmente considerando a sobrecarga de trabalho das equipes. Nesse sentido, perguntar aos usuários se há alguma lesão na boca que não cicatriza em mais de 15 dias poderia fazer parte da rotina dos demais profissionais da eSF, como o ACS, o médico e o enfermeiro. Porém, trata-se de um desafio, pois há baixo envolvimento da equipe multiprofissional para o cuidado integrado (BARROS et al., 2017).

Os cirurgiões-dentistas se queixam quanto a crença de usuários e outros profissionais de que o campo de atuação do dentista é exclusivamente o dente, excluindo assim as partes moles da boca, onde se desenvolvem as lesões de câncer. Esse fato interfere, por exemplo, em casos com lesões suspeitas em boca e não encaminhados para a odontologia, bem como na ausência de procura pelo cirurgião-dentista por parte dos usuários edêntulos. Não há, entretanto, autocrítica dos profissionais a respeito do próprio papel do profissional na

construção desse perfil. Se as metas e prioridades profissionais, que direcionam as ações, são voltadas ao controle da cárie dentária, não é de se estranhar que haja essa associação com os dentes.

Em parte, tem-se compreendido que a participação da equipe multiprofissional é limitada pelo desconhecimento a respeito dessa competência do dentista, bem como da especialidade da estomatologia, possivelmente pela sua particularidade dentro da profissão, discutida anteriormente. A baixa demanda, associada ao pequeno número de profissionais na rede, faz com que a equipe multiprofissional não conheça a especialidade. Esse desconhecimento a respeito da competência do dentista para o diagnóstico de lesões bucais suspeitas de câncer pode estar associado ao excesso de tempo no percurso do paciente na busca pelo tratamento.

Sinceramente, acho que a grande dificuldade são as pessoas entenderem que existe estomatologista, principalmente o médico. O que eu vejo é que os pacientes que ficam vagando sem saber para onde vão. Os pacientes vêm do médico, que geralmente prescreve nistatina e manda para otorrino, que manda para dermatologista. Perdem-se uns meses nisso (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 4).

Outro fator associado à dificuldade de ampliação da discussão para a eSF é a separação normativa e prática entre eSB e eSF. Isso tem dificultado a integração e conhecimento mútuo das competências de atuação prática. Na realidade encontrada, as eSB estavam sobrecarregadas por serem referência para 3 a 5 equipes de saúde da família, o que, na prática, significa que a eSB não tem possibilidades reais de integração com nenhuma das eSF.

Os profissionais da eSB e do CEO relataram que utilizam, quando necessário, diferentes formas de comunicação. A comunicação se torna estratégica na configuração da rede local, pois, não há compartilhamento dos prontuários dos usuários, o que inviabiliza, em parte, o aprimoramento da própria RAS. Destacaram-se os encontros formais de equipe, as vias formais da regulação e a pessoalidade informal de aplicativos de celular.

Os encontros formais de equipe foram citados de forma bastante escassa, ficando mais limitado ao encontro entre chefias e coordenadores, excluindo os profissionais. Quando existentes para profissionais, eles têm como objetivo a prática da educação permanente. A metodologia desses encontros envolve a discussão de casos baseados na realidade, onde são apontados pela equipe os pontos de equívoco e discutido as formas de aperfeiçoamento das práticas. Um ponto bastante discutido são os encaminhamentos equivocados para o CEO, mas

que, geralmente não se aplicam à estomatologia, devido à compressão de que se trata de uma área diferenciada de prática, conforme discutido anteriormente.

Outra forma formal de comunicação entre as equipes é por meio das guias de referência e contrarreferência. Apesar da interação entre os profissionais ocorrer na ausência de co-presença, essa forma de comunicação é focada no problema do usuário. As maiores limitações dessa estratégia de comunicação é que não há espaço argumentativo entre os profissionais. A comunicação é feita em tempos diferentes, seja no processo de referência, seja durante a contrarreferência.

Por se realizar na ausência de presença, abre maiores possibilidades de má interpretação da mensagem. Além disso, é muitas vezes intermediada pelo próprio usuário, podendo expor situações do serviço que poderiam ser resolvidas internamente.

A terceira estratégia de comunicação utiliza-se da tecnologia para encurtar o tempo e as distâncias necessárias. Grupos de profissionais se comunicam, diariamente e constantemente, por aplicativos de mensagens de celular. Pedidos de ajuda são rapidamente respondidos. Para o campo de detecção precoce do câncer bucal essa estratégia tem grande potencial, tendo em vista que permite transmissão de imagens fotográficas ou vídeos. Diversas iniciativas no mundo buscam estruturar essa nova forma de comunicação, aproximando os profissionais da atenção primária dos especialistas.

Tem um grupo de WhatsApp da CAP com todos os dentistas da rede e esses casos a gente discute lá. Eu estou com um caso assim, e queria fazer dessa forma. Só que o que a gente entende que mesmo eles como gestores ficam meio engessados a um protocolo que tem que ser respeitado. É trabalhoso, mas é esse o caminho, senão não consegue o acesso mais rápido (SAÚDE DA FAMÍLIA 5).

A abordagem com equipamentos móveis auxilia na detecção remota precoce do câncer bucal profissionais da atenção primária em um ambiente com poucos recursos (BIRUR et al., 2015). A comunicação entre os cuidados primários e o especialista, por meio de aplicativos específicos, pode ser prontamente integrada ao ambiente clínico para o gerenciamento de pacientes (HARON et al., 2017).

Além dos contatos entre a eSB e os profissionais do CEO, também tem havido dificuldades de comunicação com a eSF. Além de, muitas vezes, a estrutura física atrapalhar, a existência de duas equipes, um de saúde bucal, e outra, de saúde da família, tem sido motivo de estranhamento. Além disso, na realidade da região, onde uma eSB é referência para 4 ou 5 eSF, esse trabalho em equipe se torna inviabilizado.

A integração entre saúde bucal e Saúde da Família, a gente ainda não chegou no nível de enxergar isso como uma coisa só, ainda enxerga isso como uma dicotomia. Tem um fator físico, da localização do consultório dentário nas unidades. As salas de saúde bucal estavam no fundo da unidade, separados de todo mundo (COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL 1).

Não fazemos parte da equipe, para começar porque são duas equipes. Em uma semana estou na reunião de equipe de uma na outra semana na reunião de outra. E eu só pego duas, imagina quem tem cinco equipes. Você acha que ele vai na reunião das cinco equipes? Se vai em uma reunião hoje, vai voltar daqui um mês? Ele acompanha os casos? (SAÚDE DA FAMÍLIA 6).

Se a comunicação entre a atenção primária com a secundária ocorre de forma variada, com a terciária nem tem ocorrido. O momento do encaminhamento do caso para tratamento é quase que o rompimento da ligação dos profissionais com os usuários. A continuidade do cuidado, prevista no modelo de organização por RAS não ocorre.

O próprio modelo de organização da gestão da rede faz com que seja facilitada ou restritiva a comunicação entre os níveis. No caso da região Metropolitana I, apesar da maioria das unidades serem públicas, muitas são de natureza jurídica federal e estadual, necessitando um maior esforço de aproximação entre as esferas de governo. Mas, independentemente disso, mesmo quando a gestão é da mesma esfera administrativa, há dificuldades, pois mesmo estando dentro de uma mesma secretaria de saúde, a atenção primária, secundária e terciária, elas fazem parte de diferentes setores que, muitas vezes, discordam sobre os melhores caminhos para o sistema de saúde.

Difícil, muito ruim, péssimo para dizer a verdade. Eu não tenho contato nenhum. Acho que a atenção terciária tem que se aproximar. Eles nem estão junto com a gente, nós somos Subpav e eles são Subhue, é separado. E quem regula são mais os hospitais federais, que apesar de ser SUS, são esferas administrativas diferentes. É complexo, pois é um sistema único, mas esferas diferentes, regidos por pessoas diferentes e que tem que andar juntos, porque dependem um do outro (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 1).

Os caminhos da informalidade dos processos levam à personalidade das ações. Muitas vezes, essa informalidade pode ser um fator facilitador na resolução de problemas pontuais, pois não se limita a regras restritivas. Por outro lado, quando os profissionais optam em resolver rotineiramente alguns problemas cotidianos de forma informal e pessoal, podem ter, como uma consequência impremeditada, a própria manutenção da situação problema.

Eu acho prejudicial quando fazemos determinadas acomodações do sistema. Por exemplo, a pessoalidade do meu primeiro contato com o laboratório e o estabelecimento do fluxo informal, aconteceu pela falta de protocolo. Eu dei meu jeito, mas se manteve por tanto tempo porque as pessoas se acomodaram e viram que estava resolvendo. Mas isso traz prejuízo. Como não trabalho muito levantamentos e estatísticas, algumas coisas me passam despercebidas. Eu fui estabelecendo algumas burocracias em termo de anotação de casos, de diagnósticos, dados que eram importantes de serem registrados. Se existissem os protocolos, acho que algumas coisas não teriam se perdido e teriam sido facilitadas para mim e para os pacientes (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

As dificuldades do serviço podem acarretar iniciativas pessoais de responsabilização e resolução das demandas apresentadas pelos usuários. As iniciativas pessoais demonstram a atitude de compromisso da equipe de regulação, que se compromete com as necessidades da população (GAWRYSZEWSKI et al., 2012). Verifica-se que, por mais que as estruturas estejam relacionadas com as condutas dos profissionais, há um espaço inventivo constante onde esses agentes podem atuar e atuam, reproduzindo e transformando as práticas e, conseqüentemente, a própria política de saúde.

Conduta dos usuários

A terceira série de fatores facilitadores e restritivos está relacionada aos usuários. Como nesta pesquisa os usuários não foram entrevistados, essa seção se refere à percepção de profissionais e gestores sobre o papel do usuário na detecção do câncer bucal. Na literatura, o tempo entre o reconhecimento do sintoma pelo usuário e a primeira consulta com um profissional generalista é compreendido como “atraso do paciente”, que varia entre 2 a 5 meses (apesar do viés de informação) (GIGLIOTTI et al., 2019).

Há duas premissas pelas quais os profissionais e gestores se baseiam para o desenvolvimento de suas atividades com os usuários: o usuário é desinformado ou negligente.

Os usuários, devido a sua condição socioeconômica e educacional, são compreendidos como sujeitos que desconhecem os fatores de risco, as características clínicas, e as técnicas de autoexame e que, por isso, são os agentes determinantes para o atraso no diagnóstico do câncer bucal. Por considerarem que o problema para o diagnóstico tardio é a falta de conhecimento do paciente, profissionais e gestores constroem, como solução, a ampla divulgação de informações para os pacientes. Entre as práticas descritas está o autoexame da boca.

Esse tipo de exame parte do princípio de que o paciente visualizará a lesão o quanto antes e irá procurar um profissional o mais rápido possível. Nesse tipo de ação, é transmitida a responsabilidade para o paciente identificar a lesão de câncer em estadiamento inicial e procurar um serviço em tempo hábil. Essa ação é organizada, muitas vezes, como alternativa à dificuldade de acesso aos serviços, devido à sobrecarga das equipes. Porém, sabe-se que, quando o usuário consegue identificar uma lesão, é porque esta não está mais em estadiamento inicial. Além disso, devido à baixa cobertura e sobrecarga de trabalho da saúde bucal na atenção primária, discutida anteriormente, a procura por um profissional também pode não ser tão simples assim.

Para um grupo de profissionais, uma das soluções para se atingir os usuários desinformados é a transmissão de informações no mesmo modelo que é feito para outros tipos de câncer, como, por exemplo, a campanha Outubro Rosa voltada para o câncer de mama. De fato, já existem ações com essas características, o Julho Verde para prevenção do câncer de cabeça e pescoço, a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal (05 a 09 de novembro) e a Campanha Maio Vermelho para prevenção e diagnóstico do câncer bucal. Parece que essas iniciativas não alcançaram os profissionais da região Metropolitana I, tão pouco a população. Para esse grupo, a utilização de mídias mais ampliadas, como televisão e rádio, também poderia contribuir na resolução do problema.

A gente não vê propaganda na mídia de autoexame de boca. Ter aquela semana de campanha, como outubro rosa, novembro azul. Essa informação tinha que ser em rádio, televisão com mais frequência. Criar um mês de cor para fazer campanha, no outubro rosa e novembro azul, a gente se veste bota fitinha, faz palestra. Isso era legal, o autoexame de boca, botar um artista bem popular, ensinar, mostrar as imagens do que é uma alteração, para pessoa visualizar e correr atrás mais precocemente, para gente fazer a limitação do dano, que é o nosso objetivo (SAÚDE DA FAMÍLIA 9).

É indiscutível a importância de as pessoas conhecerem seu próprio corpo, os fatores de risco para o adoecimento e os primeiros sinais e sintomas do câncer bucal. Sabe-se que parte do atraso no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer bucal poderia ser minimizado com informações sobre os fatores de risco para a população (BANDEIRA et al., 2017). Porém, é preciso um olhar crítico a respeito da transferência da responsabilidade do diagnóstico para o usuário como forma estruturada de política pública, principalmente se considerarmos o perfil socioeconômico e educacional dos usuários com esse tipo de câncer e a dependência do SUS para a garantia do seu direito à saúde.

Apesar desse grande destaque para a necessidade de desenvolvimento de atividades de educação em saúde, foi identificada a dificuldade da atenção primária em fazer atividades educativas, devido à sobrecarga de atividades assistenciais nas unidades, conforme discutido anteriormente. Há, por isso, uma diminuição da capacidade de ações coletivas ao longo do tempo. Dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB demonstram que, apesar dessa importância declarada, apenas 44,8% das equipes da região Metropolitana I declararam fazer campanhas de prevenção contra álcool e tabaco (CASOTTI et al., 2016).

A base de tudo isso que a gente está falando, de acesso, seria educação em saúde, que, na verdade, como nossa demanda é muito alta, com necessidade de interceptar os problemas, a gente não tem muito tempo para educar. Por exemplo, hoje tenho várias pessoas para atender (COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL 4).

Parece haver muita preocupação com grandes campanhas televisivas e de exames bucais, mas pouca com o que é realizado no dia-a-dia, na rotina dos serviços. Pouco se discute no âmbito das eSB sobre as formas de aumentar o acesso dos usuários. Estudos apontam que, pessoas que possuem, no mínimo, uma consulta por ano com um cirurgião-dentista, apresentam maior chance de diagnóstico precoce (GIGLIOTTI et al., 2019). Conforme argumentado anteriormente, com a proporção de uma eSB para quatro eSF não será possível alcançar esse objetivo.

A responsabilização do outro, com pouca reflexão da capacidade do serviço, é um processo construído e inserido historicamente na consciência prática da profissão, ainda reflexo do paradigma comportamentalista, ancorado na abordagem higienista e individualista da prevenção (PAULETO et al., 2004). Ignora-se a realidade de exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde bucal é devido à baixa cobertura dos serviços. Desconhecem, ou desconsideram, que para o câncer bucal, a pobreza e a miséria são fatores estruturantes para as condutas desses agentes. Apesar de ser de difícil reflexão crítica, isso tem influenciado diretamente as tomadas de decisão dos profissionais e gestores e contribuindo, muito pouco, com a mudança do quadro epidemiológico dessa doença.

Como processo de responsabilização dos usuários, quando estes não são considerados desinformados, são considerados negligentes. Ou seja, o paciente tem ciência dos fatores de risco a que está exposto, ou até mesmo de uma lesão na boca e negligencia o seu tratamento. A responsabilização individual do usuário por identificar sua lesão como medida de saúde pública resulta de uma visão individualizante da sociedade, ignorando-se a influência das estruturas nas tomadas de decisão pelos agentes. Há expectativas sociais ligadas a esse comportamento do sujeito adoecido. Segundo Giddens (2012), a sociedade espera, e cobra,

que a pessoa adoecida assuma o seu “papel de doente” e procure os profissionais para recuperar a sua saúde. Giddens e Sutton (2016), recuperando os trabalhos de Fridson, afirmam que há, entre os diferentes papéis que o doente deve assumir, o papel do doente ilegítimo. Nele, a pessoa que adoece é responsabilizada pelo próprio adoecimento, pois está envolvido com comportamentos estigmatizados, como o tabagismo e o consumo de álcool. Por isso, o indivíduo que não cuida da própria saúde passa a ser considerado como alguém que falhou em seu comportamento, tendo, assim, que responder por seu “erro”. A saúde passaria, em última instância, de um direito do cidadão e um dever do Estado, para, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado (SCHRAMM, 2006).

A visão hegemônica é que o câncer bucal atinge um perfil de homens, com mais de 50 anos, tabagistas, etilistas, de baixa condição socioeconômica e que esse perfil confere baixa prioridade à saúde bucal e evita os serviços quando possuem uma lesão.

Um paciente que negligencia a sua própria saúde pelo nível de conhecimento que ele tem, pelo hábito de se cuidar que ele teve ao longo da vida, pelas muitas dificuldades que ele encontrou de ter acesso à saúde ao longo da vida e o próprio perfil do paciente que é grupo de risco para o câncer. Acima dos 50 anos, homens, que em algum momento foram tabagistas, que tiveram consumo exagerado de álcool. Geralmente são pessoas simples, de camadas mais humildes, sem grandes níveis de instrução ou escolaridade. Alguém que sempre demandou um cuidado de um sistema público e que nunca se deu muito o direito de se permitir cuidar os próprios dentes. A cavidade bucal nunca foi a principal preocupação dele (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

Mesmo sendo capazes de compreender as dificuldades do usuário em reconhecer sua condição de doente nos estágios iniciais do câncer bucal; a sobrecarga de trabalho da atenção primária; o perfil não prioritário de acesso aos serviços de saúde; a baixa cobertura da atenção primária; e a histórica exclusão que esses pacientes tiveram dos serviços de saúde bucal, os profissionais ainda, assim, responsabilizam os usuários pelo atraso no diagnóstico.

Esses que são os mais difíceis. Porque só vai vir quando está insustentável. A maioria dos que a gente pega aqui. Já peguei inicial, mas são poucos. O paciente que não se interessa pelo autocuidado, que só procura ajuda quando está com dificuldade de deglutição, em fase avançada. Não é um paciente que vai procurar posto para fazer tratamento dentário (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 1).

Estudos apontam que, realmente, o tempo de atraso mais importante tem sido o relacionado ao paciente (HADZIABDIC et al., 2017; GIGLIOTTI et al., 2019). Entretanto, pouco é discutido sobre a influência dos fatores estruturantes dificultadores para o processo de escolhas desse usuário, como pobreza e miséria. Ou seja, parte-se de uma visão mais

voluntarista e passiva, como se o serviço estivesse sempre disponível para esse usuário, que simplesmente opta em não o procurar quando tem um problema.

Eu acho que a atenção primária tinha que funcionar. Eu acho que se atenção primária, o atendimento odontológico nos postos voltasse a funcionar, de forma mais efetiva, o paciente ia procurar mais o atendimento. E aí a gente ia ter a possibilidade de fazer o diagnóstico precoce. Porque o paciente vem quando dói, e o câncer de boca dói quando está avançado. Ele arrasta por um tempão, enquanto aquilo não o limita (RESPONSÁVEL PELO DIAGNÓSTICO 6).

Os profissionais, mesmo se declarando sensíveis ao problema do câncer bucal, e cientes do perfil desse usuário e das dificuldades de acesso ao sistema, mantêm a postura passiva de aguardar que o usuário procure o serviço, mesmo que em estadiamento avançado. Não como uma simples escolha individual do profissional, mas também limitada às circunstâncias estruturais limitantes ao seu exercício profissional. Nesse sentido, frente à realidade dos serviços e da população, a estratégia de transmissão de conhecimentos não tem estimulado corresponsabilidade ou empoderamento do usuário, mas a sua responsabilização, onde o fracasso do cuidado é atribuído ao adoecido.

Devido a essa concepção hegemônica de que a ausência de informação seja o fator mais determinante para o atraso do diagnóstico, as soluções são baseadas na transmissão de informação aos usuários, para que eles realizem o autoexame, reconheçam seu problema e busquem um profissional. A literatura já aponta largamente as limitações desse tipo de ação como estratégia principal (GALVÃO-MOREIRA; CRUZ, 2017).

É fundamental que se busque reduzir as disparidades de acesso aos serviços de saúde e à informação, porém, para uma redução mais robusta da mortalidade seria necessário ampliar os serviços e melhorar os níveis socioeconômicos da parcela mais economicamente necessitada da sociedade, haja vista que a mortalidade decresce com o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano e renda média *per capita* (DANTAS et al., 2016; SAKAMOTO et al., 2019).

Considerações finais

Esse estudo de caso permitiu a compressão das formas pelas quais os agentes, baseados na estrutura do sistema de saúde, agem na organização cotidiana do acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal. Observou-se que questões relacionadas ao

sistema de saúde local e às condutas de profissionais e usuários possuem forte influência nos resultados dessa organização.

A organização regional do sistema de saúde é fortemente influenciada pela PNSB, que ao mesmo tempo em que expande as possibilidades de atuação dos agentes, restringe as suas liberdades. O *marketing* entorno dessa política faz com que o cargo de coordenador de saúde bucal ganhe visibilidade, o que poderia ser compreendido como positivo, se não fosse a politização do cargo, em detrimento dos aspectos técnicos, e o aumento da rotatividade desses gestores e conseqüente descontinuidade das ações.

A atenção primária tem baixa cobertura na região e há sobrecarga das equipes existentes, o que faz com que se mantenha o caráter excludente das ações, mantendo-se uma estrutura dificultadora do acesso. A sobrecarga de atividades está relacionada a uma postura passiva dos serviços, que esperam a iniciativa dos usuários na identificação das lesões e busca por tratamento. A crise financeira e a violência urbana intensificaram esse problema na região de saúde estudada.

O acesso à atenção secundária para o diagnóstico do câncer bucal não se apresentou como um problema, mesmo com o pequeno número de estomatologistas na rede. O esforço para utilização dos laboratórios de patologia oral das faculdades de Odontologia é positivo devido à qualidade dos serviços e a diminuição do tempo de diagnóstico, porém a ausência de financiamento e o caráter informal das ações fragiliza essa estratégia. Descentralizar e ampliar os serviços para tratamento podem ser boas estratégias para diminuir a fila de espera.

Encontraram-se importantes diferenças entre a regulação para o diagnóstico e para o tratamento do câncer bucal. Enquanto a regulação para o diagnóstico é responsabilidade da gestão municipal e é bastante heterogênea, a regulação para o tratamento possui gestão estadual e é realizada de forma centralizada e com regras mais rígidas. Apesar do acesso ao diagnóstico ser considerado rápido, a espera por tratamento tem sido considerada mais longa. A ausência de transparência sobre esses dados, além de prejudicial ao próprio sistema, dificulta uma análise mais apurada.

As condutas de profissionais e de usuários também são determinantes nas ações cotidianas para acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer. Identificou-se que há uma contradição entre uma maior mobilização dos profissionais frente à suspeita do câncer bucal e um processo de negligência frente ao adoecimento do usuário. Muitas vezes, há uma percepção por parte dos profissionais de que o usuário é o responsável pelo estágio avançado da doença e isso tem direcionado, equivocadamente, as ações e serviços.

Há uma limitação de delimitação espacial do estudo de caso. A região de saúde escolhida tem características peculiares, o que gera interpretações específicas de acordo com essa realidade. Por outro lado, como esse estudo buscou, a todo momento integrar os espaços mais restritos da prática cotidiana do cuidado em saúde da região estudada com as práticas mais amplas de construção das políticas públicas de âmbito nacional, acredita-se que os resultados representam fatores facilitadores e dificultadores compartilhados por outros espaços sociais.

Diante dos dados, verifica-se que é fundamental que se amplie o acesso à atenção básica e se invista na qualificação permanente dos profissionais e gestores. Sem isso, dificilmente se alcançará o acesso precoce ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal e a garantia do direito ao acesso à saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese, analisaram-se as formas pelas quais a PNSB e a PNPCC estruturaram o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Além disso, compreendeu-se também os processos políticos e as práticas cotidianas nos espaços de saúde por meio da análise de atas da CIB/RJ e de um estudo de caso da região de saúde Metropolitana I.

Pode-se afirmar que as mudanças estimuladas pelas PNSB e PNPCC tiveram importante impacto na expansão de serviços, mas mantêm-se a baixa cobertura populacional, o que tem inviabilizado o acesso precoce ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal. Essas políticas têm estruturado práticas que facilitam, mas também restringem, as ações dos agentes envolvidos no acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal. Por outro lado, essas mesmas políticas têm sido transformadas diariamente por esses agentes em diferentes espaços institucionais no SUS. Esse aspecto, da dualidade das políticas públicas, converge diretamente com a Teoria da Estruturação de Giddens, utilizada nessa tese como referencial analítico para compreender o processo de estruturação da RAS voltada aos usuários com câncer bucal.

Observou-se, nessa tese, convergência entre a PNPCC e a PNSB na organização das ações direcionadas à prevenção e controle do câncer bucal no país. Ambas apresentam, discursivamente, a estruturação da RAS como estratégia organizativa. O governo federal, por meio dos processos regulatórios e da destinação de recursos alocativos, direcionou a expansão dos serviços nos últimos 15 anos em todo o país. Apesar da expansão, a cobertura populacional continuou baixa.

A CIB/RJ, por sua vez, é um ambiente complexo de tomada de decisões, onde os agentes possuem racionalidade limitada, não tendo total ciência das circunstâncias nas quais tomam as decisões e, tão pouco, de suas consequências. As decisões desse colegiado, em grande maioria, foram fortemente influenciadas pela estrutura desenvolvida pelo Ministério da Saúde, que, por ter mais acesso aos recursos alocativos, possui e utiliza o poder de restringir a agência dos secretários estaduais e municipais no processo de construção do SUS.

As discussões sobre diagnóstico do câncer bucal se mostraram pouco produtivas no debate da CIB, devido à grande normatização federal pela PNSB. A organização das RAS, por meio de padronizações excessivas baseadas em economia de escala e escopo podem estar contribuindo com a manutenção, ou até mesmo expansão, da desigualdade de acesso ao tratamento câncer. Associado a isso, a característica mais municipalista e menos regionalizada

que o estado adotou para a saúde bucal também contribuiu com a redução de espaços de produção criativa. Por sua vez, as questões ligadas ao acesso ao tratamento oncológico, frente aos problemas encontrados cotidianamente pelos municípios, renderam longos debates que resultaram na expansão, mesmo que limitada, da rede hospitalar no estado. As emendas parlamentares têm sido uma alternativa de financiamento complementar em um momento de crise. Entende-se que as estruturas limitam a ação desse colegiado interinstitucional em realmente exercer a governança sobre o território e as ações e serviços de saúde.

A partir da análise da conduta estratégica dos agentes, conclui-se que situação é bastante preocupante. Apesar de uma estruturação no âmbito normativo, a prática vivida pelos agentes no cotidiano dos serviços de saúde tem inviabilizado qualquer mudança positiva no quadro do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. A saúde bucal na atenção primária apresenta baixa cobertura e sobrecarga de trabalho nos locais onde está implantada. A quantidade de usuários sob responsabilidade de cada equipe, faz com que o profissional opte por priorizações de acesso, o que resulta, mesmo que impremeditadamente, na exclusão de um grupo de pessoas que, geralmente, é o mesmo de interesse para as ações de prevenção e de detecção precoce do câncer bucal.

Os serviços de atenção secundária também possuem baixa cobertura, principalmente em pequenos municípios. A regionalização dos serviços não é uma prioridade dos agentes que possuem os recursos autoritários, o que contribui com a reprodução desse problema ao longo do tempo. O sistema de apoio, representado pelo laboratório de patologia é uma grande preocupação futura. Não há perspectivas de oficialização da participação das universidades como prestadoras de serviço para o SUS, o que coloca em xeque a sustentabilidade do atual modelo. A regulação para o diagnóstico não se apresentou como problema, mas em pequenos municípios essa questão precisa ser revisitada em futuras pesquisas. Na regulação do acesso ao tratamento, por sua vez, destacou-se a ausência de transparência sobre o processo, o que gera desconfiança desnecessária.

Verificou-se que agentes envolvidos são essenciais para o diagnóstico do câncer bucal, mesmo que limitados pelo conjunto de fatores dificultadores determinados pelas regras e recursos. Esses agentes se sentem responsabilizados por serem agentes facilitadores do acesso e buscam alternativas fora dos protocolos cotidianamente, mobilizados pelas representações do câncer na sociedade. Apesar dessa mobilização positiva, ela ocorre apenas quando há suspeita de uma lesão de câncer bucal. Com isso, no cotidiano do trabalho, os profissionais da eSB podem estar perdendo importantes oportunidades de realizarem o referido diagnóstico. A qualificação profissional constante e o envolvimento dos demais profissionais da equipe

podem ser importantes estratégias para manter um constante estado de atenção e ampliar o alcance das ações.

Os limites dessa pesquisa foram descritos em cada seção dos resultados e discutidos ao longo da tese. Se faz necessário destacar, entretanto, que por mais que a análise tenha se centrado na PNSB e a PNPCC, essas políticas fazem parte de um sistema mais amplo, o SUS, e são condicionadas por toda sua estrutura.

Por fim, espera-se que haja, conforme sinaliza o próprio Giddens (2016), um movimento de hermenêutica dupla, no qual os resultados dessa pesquisa sirvam de produto de reflexão para os agentes envolvidos com os processos estudados nessa tese, e possa, mesmo que indiretamente, auxiliar no processo de estruturação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal no SUS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.V.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.A.D.; SCATENA, J.H.G.; MARTINELLI, N.L.; PEREIRA, A.M.M. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.3151-3161, 2018.

ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate*, v. 39, n. especial, p. 11-27, 2015.

ALMEIDA, F.C.S.; CAZAL, C.; PUCCA JÚNIOR, G.A.; SILVA, D.P.; FRIAS, A.C.; ARAÚJO, M.E. Reorganization of Secondary and Tertiary Health Care Levels: Impact on the Outcomes of Oral Cancer Screening in the São Paulo State. *Brazilian Dental Journal*, v.23, n.3, p.241-255, 2012.

ALMEIDA, Juliana Feliciano de; PERES, Maria Fernanda Tourinho; FONSECA, Thais Lima. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. *Saude soc*, v. 28, n. 1, p. 207-221, 2019.

ANDRADE, Marco Aurelio Carvalho. Busca ativa de lesões malignas e desordens potencialmente malignas da cavidade bucal em quatro unidades de saúde da família (USF) na cidade de Piracicaba. Dissertação (Mestrado em Estomatologia). Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, 2010.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; TOPORCOV, Tatiana Natasha; Wünsch-Filho, Victor. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.21, n.1, 2007.

ASSIS, L.N.; PAIM, J.; SOARES, C.L.M. Políticas de saúde bucal no período pós-constituente: governos FHC e Lula. In: CHAVES, S.C.L. (org). *Política de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016, 117-136.

ATTY, A.T.M. *O câncer de boca no estado do Rio de Janeiro à luz dos sistemas de informação*. 2012. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2012.

BANDEIRA, Celso Muller; ALMEIDA, Adriana Ávila; CARTA, Celina Faig Lima; ALMEIDA, Janete Dias; TANGO, Estela Kaminagakura. How to improve the early diagnosis of oral cancer?. *Braz Dent Sci*, v.20, n.4, p.25-31,2017.

BARROS, Gloria Iara Santos; CASOTTI, Elisete; GOUVÊA, Mônica Villela. Câncer de Boca: o desafio da abordagem por dentistas. *Rev enferm UFPE on line*, v.11, n.11, p.4273-81, 2017.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues; BARBOSA, Maria Alves; BASTOS, Diniz Antonio de Sena. Fatores facilitadores e limitativos da regulação pública da saúde no Brasil. *Enfermagem Brasil*. v.18, n.2, p.296-302, 2019.

BIRUR, Praveen N. et al. Mobile health application for remote oral cancer surveillance. *The Journal of the American Dental Association*, v.146, n.12, p.886-894, 2015.

BONFANT, G.M.S.; MACHADO, C.J.; SOUZA, P.E.A.; ANDRADE, E.L.G.; ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, n.5, p.983-997, 2014.

BORGHI, G.N.; VAZQUEZ, F.L.; CORTELLAZZI, K.L.; GUERRA, L.M.; BULGARELI, J.V.B.; PEREIRA, A.C. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *RFO*, v. 18, n. 2, p. 154-159, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 23/11/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo IX da Portaria de consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. *Diário Oficial da União*. 03/10/2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31/12/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União*. 24/03/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 19/02/2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção primária, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção primária, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22/09/2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 13/11/2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASOTTI, E.; MONTEIRO, A.B.F.; CASTRO-FILHO, E.L.; SANTOS, M.P. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.5, p.1573-1582, 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saude soc.* v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Vozes: Petrópolis, 2014, p. 295-316.

CHAVES, S.C.L.; BARROS, S.G.; CRUZ, D.N.; FIGUEIREDO, A.C.L.; MOURA, B.L.A.; CANGUSSU, M.C.T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública*, v.44, n.6, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO Nº 116 de 03/04/2012. Altera a redação de artigos da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. *Conselho Federal de Odontologia*. 2012.

COSTA-JR, S.; SERRA, C.G. Análise da continuidade do cuidado das equipes de saúde bucal no município de Resende/RJ. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. v.03, n.3, p.895-918, 2012.

CRESWELL, John W. *Investigação Qualitativa & Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUNHA, A.R.; BAVARESCO, C.S.; CARRARD, V.C.; LOMBARDO, E.M. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. *Jornal Brasileiro de TeleSaúde*, v.2, n.2, p.66-74, 2013.

CUNHA, Amanda Ramos da; PRASS, Taiane Schaedler; HUGO, Fernando Neves. Mortality from oral and oropharyngeal cancer in Brazil: impact of the National Oral Health Policy. *Cad. Saúde Pública*, v.35, n.12, e00014319, 2019.

DAMATTA, Roberto; JUNQUEIRA, Alberto. *Fila e Democracia*. Rio de Janeiro: Rocco, 2017.

DANTAS, T. S. et al. Influence of Educational Level, Stage, and Histological Type on Survival of Oral Cancer in a Brazilian Population: A Retrospective Study of 10 Years Observation. *Medicine*, v.95, n.3, p.e2314, 2016.

DIAS, A.A.; MARTINS FILHO, M.T.; SAMPAIO, J.J.C. *Políticas de Saúde Bucal no Ceará: história, aplicações e perspectivas*. Fortaleza: INESP/Ed.UECE, 2003, 220p.

DIAS, A.A.; SAMPAIO, J.J.C.; REGO, D.M.; LIMA, D.L.F.; DALCICO, R. Políticas públicas e epidemiologia do câncer de boca. In: DIAS, A.A. *Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Editora Santos, 2006, p.297-314.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.2, p.259-267, 2009.

FONTE, Diene Carvalho Belo; SIQUEIRA, Renata Almeida; CASTRO, Jurema Freire Lisboa; PEREZ, Danyel Elias da Cruz; CARVALHO, Elaine Judite de Amorim. Padrão das biópsias e fichas de solicitação de exame histopatológico encaminhados para o laboratório de patologia oral da Universidade Federal de Pernambuco. *Odontol. Clín.-Cient.*, vol.14, n.1, p.575-578. 2015.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*, v.33, n.81, p.64-71, 2009.

GADELHA, Maria Inez Pordeus. A assistência oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.64, n.2, p.237-245, 2018.

GALVÃO-MOREIRA, L.V.; CRUZ, M.C.F.N. Screening and early detection of oral cancer: current controversies. *Acta Odontologica Scandinavica*, n.75, v.5, p.361–365, 2017.

GARCIA, Danielle do Valle. Sobre os bastidores do processo de formulação de políticas públicas: considerações acerca da saúde bucal no Brasil. *R. Pol. Públ.*, v.17, n.1, p.203-209, 2013.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*, v.22, n.1, p.119-140, 2012.

GIDDENS A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GIDDENS A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GIDDENS, A. *Sociologia*. 6ª ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GIDDENS, A.; SUTTON, P.W. *Conceitos essenciais da Sociologia*. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

GIGANTE, E.C.; GUIMARÃES, J.P. A trajetória da saúde bucal pelas políticas públicas no Brasil a partir da criação do SUS. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, v.3, n.2, 2013.

GIGLIOTTI, J.; MADATHIL, S.; MAKHOUL, N. Delays in oral cavity cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v.48, n.9, p.1131–1137, 2019.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GRAY, D.E. *Pesquisa o mundo real*. Porto Alegre: Penso, 2009.

HADZIABDIC, Naida; SULEJMANAGICB, Halid; KURTOVIC-KOZARICC, Amina. The role of general dental practitioners in the detection of early-stage oral malignancies—A review.

Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology. v.29, n.4, p.363-376, 2017.

HARON, Nabihah et al. Mobile Phone Imaging in Low Resource Settings for Early Detection of Oral Cancer and Concordance with Clinical Oral Examination. *Telemedicine and e-Health*.v.23, n.3, p.192-199, 2017.

HERTRAMPF, K; WENZ, H.J.; KOLLER, M.; GRUND, S.; WILTFANG, J. Early detection of oral cancer: dentists' opinions and practices before and after educational interventions in Northern-Germany. *J Craniomaxillofac Surg*. v.41, p.e201–e207, 2013.

INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). *Atlas on-line de mortalidade*. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em 24/02/2020.

INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120 p.

KNIEST, Greicy; STRAMANDINOLI, Roberta Targa; ÁVILA, Lúcia Fátima de Castro; IZIDORO, Ana Claudia A. dos Santos. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *RSBO*. n.8, v.1, p.13-8, 2011.

KORNIS, George Edward Machado; MAIA, Leila Senna; FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*, v.21, n.1, p.197-215, 2011.

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

LIMA, F.L.T.; O'DWYER, G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2018/Dez). [Citado em 08/02/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politicas-de-prevencao-e-controle-do-cancer-bucal-a-luz-da-teoria-da-estruturacao-de-giddens/17059>

LIMA, L.D.; VIANA, A.L.A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A.L.A.; LIMA, L.D. (org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p.39-63.

LINO, P.A.; WERNECK, M.A.F.; LUCAS, S.D.; ABREU, M.H.N.G. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.19, n.9, p.3879-3888, 2014.

LIAO, D.Z.; SCHLECHT, N.F.; ROSENBLATT, G. et al. Association of Delayed Time to Treatment Initiation With Overall Survival and Recurrence Among Patients With Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in an Underserved Urban Population. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.*, n.145, v.11, p.1001–1009, 2019.

LOMBARDO, E.M.; CUNHA, A.R.; CARRARD, V.C.; BAVARESCO, C.S. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.4, p.1223-32, 2014.

LORENZETTI, Jorge; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso; PIRES, Denise Elvira Pires; RAMOS, Flávia Regina Souza. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*; v.23, n.2, p.417-25, 2014.

LUCENA, E.H.G.; PUCCA JR, G.A.; SOUSA, M.F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus Acta de Saúde Coletiva*, v.5, n.3, 2011.

OLIVEIRA, Lucas Canestri de; PEREIRA, José Roberto; FERREIRA, Patrícia Aparecida. Análise estruturacionista de políticas públicas: a dualidade da política pública. *Revista de Políticas Públicas*, v.17, n.01, p.27-36, 2013.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.3, p.521-532, 2011.

MACHADO, J.A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma ‘regionalização solidária e cooperativa’. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. (ORG.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIGOWSKI, Arn; ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca; DIAS, Maria Beatriz Kneipp; JARDIM, Beatriz Cordeiro. A Atenção Oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.64, n.2, p.203-209, 2018.

MONTORO, J.R.M.C.; HICZ, H.A.; SOUZA, L.; LIVINGSTONE, D.; MELO, D.H.; TIVERON, R.C. et al. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v.74, n.6, p.861-866, 2008.

NEMOTO, Renato Paladino et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target?. *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, v.81, n.1, p.44-49, 2015.

NIZET, J. *A sociologia de Anthony Giddens*. Petrópolis: Vozes, 2016.

NÓBREGA, C.B.C.; HOFFMANN, R.H.S.; PEREIRA, A.C.; MENEGHIM, M.C. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, Supl. 1, p.1763-1772, 2010.

O'DWYER, G.; MATTOS, R.A. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.20, n.2, p.609-623, 2010.

O'DWYER G. Estudos de políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. In: BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.V. *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, 173-92.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R.C.F.; ABREU, M.F.; SILVA, M.A.F.; DIAS, M.B.K.; TOMAZELLI, J.G. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o Papel da Atenção primária na Prevenção e Controle do Câncer. *Rev. APS*, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc. saúde coletiva*, v.9, n.1, p.121-130, 2004.

PETERS, G.M. *Percursos na teoria das práticas sociais: Anthony Giddens e Pierre Bourdieu*. São Paulo: Annablume, 2015.

PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de; BONAMIGO, Andrea Wander. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*, v. 42, n.(spe4), p.187-197, 2018.

PROBST, Livia Fernandes; PUCCA-JUNIOR, Gilberto Alfredo; PEREIRA, Antonio Carlos; CARLI, Alessandro Diogo de. Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n.12, p.4437-4448, 2019.

PUCCA-JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p.243-246, 2006.

RIO DE JANEIRO. Resolução SES n° 1846 de 09 de Maio de 2019. Aprova o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. 13/05/2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Atenção Oncológica*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde. 2017.

ROCHA, T. et al. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. *BMC cancer*, v.17, n.1, p.706, 2017.

ROJAS, Gabriela Christiel Soto; VAZQUEZ, Fabiana de Lima; BULGARELI, Jaqueline Vilela; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos. Influence of scheduling in clinical dental care on indicators of oral health. *Rev. Gaúch. Odontol.*, v.63, n.3, p.283-290, 2015.

ROSSI, T. R. A. *Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil*. Salvador: EDUFBA, 2018.

SAKAMOTO, Assahito Joel; BRIZON, Valéria Silva Candido; BULGARELI, Jaqueline Vilela; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi; HEBLING, Eduardo. Influência dos índices socioeconômicos municipais nas taxas de mortalidade por câncer de boca e orofaringe em idosos no estado de São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol.*, v. 22, e190013, 2019.

SANTOS, L. O que são Redes?. In: SILVA, S.F. (org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008, p.29-34.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S.F. (org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008a, p.23-8.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Rede Interfederativa de Saúde. In: SILVA, S.F. (org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008b, p.35-65.

SANTOS, Milena da Silva; SILVA, Juliana Guimarães; BRANCO, July Grassiely de Oliveira. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, n.30, v.2, p.229-238, 2017.

SAMAMAGO, José. Todos os Nomes. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2014.

SCHRAMM, F.R. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética*. n.2, v.2, p.187-200, 2006.

SEOANE, J.; OTERO-RICO, A.; LÓPEZ-CEDRÚN, J.L.; VARELA-CENTELLES, P. Shorter specialist time intervals are associated with advanced stage on symptomatic oral cancer. *Oral Dis*. n.24, p.112– 114, 2018.

SILVA, F.R.R. *O caminho da constituição da sociedade: a teoria da estruturação de Anthony Giddens*. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

SILVA, M.J.S.; LIMA, F.L.T.; O'DWYER, G.; Osório-de-Castro, Cláudia Garcia Serpa. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.63, n.3, p. 177-187, 2017.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008, p.69-85.

SOARES, C.L.M.; PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.5, p.966-974, 2011.

SOARES, Catharina Leite Matos; PAIM, Jairnilson Silva; CHAVES, Sonia Cristina de Lima; ROSSI, Thais Regis Aranha; BARROS, Sandra Garrido; CRUZ, Denise Nogueira. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n.6, p.1805-1816, 2017.

SOBRINHO, J.E.; MARTELLI, P.J. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. *Univ Odontol*. n.38, v.80, 2019.

SOUSA, Fabrício Bitu; SILVA, Malena Regina de Freitas; FERNANDES, Clarissa Pessoa; SILVA, Paulo Goberlânio de Barros; ALVES, Ana Paula Negreiros Nunes. Oral cancer from

a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. *Braz. oral res.*, v.28, n.spe, p.1-8, 2014.

SOUZA, João Gabriel Silva; SÁ, Maria Aparecida Barbosa; PO`PFF, Daniela Araújo Veloso. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. *Cad. Saúde Colet.* v.24, n.2, 2016.

TEIXEIRA, L.A.; PORTO, M.; HABIB, P.A.B.B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cad. Saúde Colet.*,v.20, n.3, p.375-380, 2012.

TEIXEIRA, L.T.; FONSECA, C.M.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. 172 p.

TORRES-PEREIRA C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact? *Braz Oral Res.*, v. 24, supl. 1, p.37-42, 2010.

TORRES-PEREIRA, C.C.; ANGELIM-DIAS, A.; MELO, N.S.; LEMOS-JR, C.A.; OLIVEIRA, E.M.F. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.28, suppl., p.S30-S39, 2012

VELLOSO, Isabela Silva Câncio; ARAUJO, Meiriele Tavares; ROCHA, Adelaide de Mattia; ALVES, Marília. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma Unidade Básica. *REME – Rev. Min. Enf*; v.9, n.4, p.302-308, 2005.

VIANA, M.I.; PAIM, J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. In: CHAVES, S.C.L. (org). *Política de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016, 79-115.

VIANA, T.S.A. *Qualidade de vida de pacientes com câncer de boca tratados com cirurgia primária – análise pré-operatória e pós-operatória*. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2014.

VISENTIN, A.; LENARDT, M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.23, n.4, p.486-92, 2010.

WARMLING, Cristine Maria; BALDISSEROTTO, Julio; ROCHA, Evelise Tarouco da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.23, e180398, 2019.

YIN, Robert K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Penso: Porto Alegre, 2016.

APÊNDICES

Apêndice I - Roteiro de entrevista para o gestor estadual de saúde bucal

Identificação:

1. Data e local da entrevista.
2. Nome.
3. Tempo em que está no cargo/ função.
4. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (formação/atuação profissional; atuação em SMS/SES).

Questões:

1. Poderia me explicar a relação entre a Política Nacional de Saúde Bucal e os serviços de no estado/região?
2. Como você descreveria a região de saúde Metropolitana I?
3. Como você avalia o acesso à saúde bucal nessa região?
4. E o acesso na Oncologia?
5. Poderia me falar como a CIB/RJ tem atuado?
6. Como você descreveria a regulação do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de bucal?
7. Em sua opinião, que medidas poderiam ser tomadas para aperfeiçoar esse acesso?
8. Como você descreveria a relação da SES/RJ com os municípios?
9. Quais as suas perspectivas para os próximos 5 anos nessa região de saúde?
10. Considerações finais do entrevistado.

Apêndice II - Roteiro de entrevista para o gestor municipal de saúde bucal

Identificação:

1. Data e local da entrevista.
2. Nome.
3. Tempo em que está no cargo/ função.
4. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (formação/atuação profissional; atuação em SMS/SES).

Questões:

1. Poderia me explicar a relação entre a Política Nacional de Saúde Bucal e os serviços de no município?
2. Como você descreveria a organização de saúde bucal do município?
3. Como tem sido o acesso do usuário com câncer bucal a esse serviço?
4. Como você avalia o acesso à saúde bucal nessa região?
5. E o acesso na Oncologia?
6. Como você descreveria a regulação do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de bucal?
7. Em sua opinião, que medidas poderiam ser tomadas para aperfeiçoar esse acesso?
8. Como você descreveria a relação do seu município com a SES/RJ?
9. E como é a relação com os demais municípios?
10. Quais as suas perspectivas para os próximos 5 anos nessa região de saúde?
11. Considerações finais do entrevistado.

Apêndice IV - Roteiro de entrevista para o cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família e do CEO

Identificação:

1. Data e local da entrevista.
2. Nome.
3. Tempo em que está no cargo/ função.
4. Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (formação/atuação profissional; atuação em SMS/SES).

Questões:

1. Como você me descreveria a organização de saúde bucal do município?
2. E em relação à sua unidade, como é organizado seu processo de trabalho?
3. Como tem sido o acesso do usuário com câncer bucal a esse serviço?
4. Como você descreveria a regulação do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de bucal?
5. Em sua opinião, que medidas poderiam ser tomadas para aperfeiçoar esse acesso?
6. Como você descreveria a relação com demais serviços de saúde bucal e saúde da família?
7. Quais as suas perspectivas para os próximos 5 anos nessa região de saúde?
8. Considerações finais do entrevistado.

Apêndice V – Termo de consentimento livre e esclarecido para gestores

Comitê de Ética em Pesquisa
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Entrevista de Gestores

CÂNCER DE CAVIDADE ORAL: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO

Prezado/a _____,

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa “Câncer de cavidade oral: organização e funcionamento da rede de atenção”, que inclui serviços de atenção ao usuário com câncer de cavidade oral na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro. Seu objetivo principal é analisar a organização e funcionamento da RAS voltada aos usuários com câncer de cavidade oral na região de saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, sob a perspectiva do acesso e do cuidado integral. Você está sendo convidado porque esta pesquisa tem como objetivos caracterizar os serviços que compõem a rede de cuidado ao paciente com câncer de cavidade oral na região de saúde Metropolitana I, analisar os fatores que intervêm sobre a coordenação do cuidado, no que diz respeito ao acesso e integralidade da atenção e mapear as instâncias e mecanismos de gestão que atuam na atenção integral ao câncer de cavidade oral.

Este convite é porque você é gestor e conhece a rede e o processo de cuidado direcionado aos usuários com câncer de cavidade oral. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista. O tempo de duração deste encontro será de 1h a 1:30 h. Nosso encontro será realizado em seu serviço, em sala reservada, garantindo seu bem-estar, e só participarão o entrevistador e você. Para melhor análise da sua fala, vamos realizar a gravação da entrevista.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, para resguardar o sigilo e confidencialidade, e tudo será feito para não identificar os indivíduos entrevistados, ou seu cargo. Entretanto, o sigilo pode ser comprometido dada às características da sua atividade.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

A sua participação nesse estudo não vai lhe trazer nenhum benefício direto, mas a nossa intenção é utilizar as informações colhidas para organizar melhores estratégias de enfrentamento do câncer de cavidade oral. Os riscos da sua participação são mínimos, mas em alguns momentos você poderá se sentir incomodado/a com algumas questões que serão discutidas. Neste caso, o entrevistador estará capacitado para resolver qualquer conflito durante o encontro.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma de artigos científicos, em congressos e tese de doutorado do pesquisador. Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os dados da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador principal por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Após esse período esses dados serão apagados ou destruídos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção

aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Contato sobre a pesquisa com Fernando Lopes Tavares de Lima

Rua Leopoldo Bulhões nº1408, ENSP, CSEGSF Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-25982848

Contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210

Tel: 0**21-25982863

Contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS**

Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro - Cep - 20031-040)

Rio de janeiro, _____ / _____ / _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, e aceito a gravação do grupo de discussão.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa:

Apêndice VI – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais

Comitê de Ética em Pesquisa
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Entrevista de Profissionais

CÂNCER DE CAVIDADE ORAL: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO

Prezado/a _____,

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa “Câncer de cavidade oral: organização e funcionamento da rede de atenção”, que inclui serviços de atenção ao usuário com câncer de cavidade oral na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro. Seu objetivo principal é analisar a organização e funcionamento da RAS voltada aos usuários com câncer de cavidade oral na região de saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, sob a perspectiva do acesso e do cuidado integral. Você está sendo convidado porque esta pesquisa tem como objetivos caracterizar os serviços que compõem a rede de cuidado ao paciente com câncer de cavidade oral na região de saúde Metropolitana I, analisar os fatores que intervêm sobre a coordenação do cuidado, no que diz respeito ao acesso e integralidade da atenção e mapear as instâncias e mecanismos de gestão que atuam na atenção integral ao câncer de cavidade oral.

Este convite é porque você é cirurgião-dentista e atua no cuidado direcionado aos usuários com câncer de cavidade oral. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista. O tempo de duração deste encontro será de 1h a 1:30 h. Nosso encontro será realizado em seu serviço, em sala reservada, garantindo seu bem-estar, e só participarão o entrevistador e você. Para melhor análise da sua fala, vamos realizar a gravação da entrevista.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, para resguardar o sigilo e confidencialidade, e tudo será feito para não identificar os indivíduos entrevistados, ou seu cargo. Entretanto, o sigilo pode ser comprometido dada às características da sua atividade.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

A sua participação nesse estudo não vai lhe trazer nenhum benefício direto, mas a nossa intenção é utilizar as informações colhidas para organizar melhores estratégias de enfrentamento do câncer de cavidade oral. Os riscos da sua participação são mínimos, mas em alguns momentos você poderá se sentir incomodado/a com algumas questões que serão discutidas. Neste caso, o entrevistador estará capacitado para resolver qualquer conflito durante o encontro.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma de artigos científicos, em congressos e tese de doutorado do pesquisador. Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os dados da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador principal por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Após esse período esses dados serão apagados ou destruídos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção

aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Contato sobre a pesquisa com Fernando Lopes Tavares de Lima

Rua Leopoldo Bulhões nº1408, ENSP, CSEGSF Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-25982848

Contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210

Tel: 0**21-25982863

Contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS**

Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro - Cep - 20031-040)

Rio de janeiro, _____ / _____ / _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, e aceito a gravação do grupo de discussão.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa:
