

Análise das condutas estratégicas de gestores e profissionais para a prevenção e o controle do câncer bucal

Fernando Lopes Tavares de Lima¹ (Orcid: 0000-0002-8618-7608) (flima@inca.gov.br)

Gisele O'Dwyer² (Orcid: 0000-0003-0222-1205) (odwyer@ensp.fiocruz.br)

¹ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Resumo: Gestores e profissionais de saúde são os agentes responsáveis pela implementação das políticas públicas nos serviços de saúde, sendo de fundamental importância compreender as formas como agem no cotidiano. O objetivo desta pesquisa é analisar as condutas estratégicas de gestores e profissionais que intervêm na prevenção e no controle do câncer bucal. Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada por meio de 23 entrevistas com gestores e profissionais de cinco municípios da região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro e três entrevistas com o corpo técnico estadual. Realizou-se a análise da conduta estratégica prevista na Teoria da Estruturação de Giddens. Verificou-se que esses agentes, sensibilizados pelas representações do câncer na sociedade, se mobilizam como potenciais agentes facilitadores do acesso e criam alternativas informais aos protocolos mais restritores. No entanto, essa mobilização não costuma ocorrer no período anterior à suspeita do câncer, constituindo uma contradição importante. Destacou-se a importância da ampliação da atenção primária e do aperfeiçoamento das ações de promoção da saúde, prevenção do câncer e educação permanente para garantia do direito ao acesso ao diagnóstico e tratamento precoce do câncer bucal.

► **Palavras-chave:** Neoplasias Bucais. Política de Saúde. Serviços de saúde bucal.

Recebido em: 10/12/2020

Revisado em: 21/06/2021

Aprovado em: 15/07/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333054>

Editora responsável: Jane Russo

Pareceristas: Luciana Miranda Guerra e Monica Martins Oliveira Viana

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle do câncer bucal são estruturadas pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004) e da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (BRASIL, 2017), contemplando a promoção de saúde, a prevenção, a detecção precoce, o tratamento oportuno e os cuidados paliativos (BRASIL, 2017). Apesar da ampliação do aparato normativo e financeiro suscitado pela criação dessas políticas, ainda persistem desafios para qualificação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal (LIMA; O'DWYER, 2020).

Estimam-se 15.190 novos casos de câncer bucal no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022 (INCA, 2019). Apesar de não estar entre os cinco mais prevalentes tipos de câncer, o câncer bucal se destaca pelas altas taxas de mortalidade e de morbidade após o tratamento, pois a localização e o tamanho das lesões fazem com que haja perda significativa da qualidade de vida. O próprio tratamento pode resultar em 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, mas a forma mais eficiente para reduzir a mortalidade e o impacto negativo do tratamento na qualidade de vida é a detecção e tratamento precoces (MONTORO *et al.*, 2008). Infelizmente, a maioria dos diagnósticos ainda é realizado tardiamente, embora a doença ocorra na cavidade oral, uma região acessível e onde as alterações iniciais neoplásicas seriam facilmente detectáveis (GIGLIOTTI; MADATHIL; MAKHOUL, 2019).

No âmbito normativo, a PNSB e a PNPCC definem que os serviços da atenção primária, em especial as equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família (ESB), são responsáveis pela detecção das lesões suspeitas de câncer bucal e pelo encaminhamento para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2004; 2017). Prioritariamente, essa confirmação é realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que devem, obrigatoriamente, realizar as atividades necessárias para o diagnóstico bucal (BRASIL, 2006). Após a confirmação diagnóstica, o usuário é encaminhado para tratamento em um hospital habilitado em assistência de alta complexidade em oncologia, sendo recomendados o Centro de Assistência

de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) com serviço de radioterapia (BRASIL, 2019). Durante o tratamento, e posterior a ele, o usuário mantém vínculo com a atenção primária, recorrendo a ela de forma rotineira.

Sabe-se, entretanto, que os desenhos de rede idealizados e normatizados se transformam no cotidiano dos serviços de saúde. Os agentes envolvidos, mesmo sofrendo a coerção estrutural pelo conjunto de regras e recursos do SUS, subvertem a racionalidade planejada, interferindo diretamente no processo de regulação dos serviços de saúde. Desta forma, o funcionamento real do SUS, mais do que mero resultado ou desdobramento de uma ação governamental, deve ser entendido como resultado da ação de múltiplos atores (CECÍCLIO, 2012). Se por um lado esse processo possa caracterizar a captura do sistema por interesses particulares, ou até mesmo refletir negligência que possa resultar em uma assistência empobrecida, por outro pode estar a serviço do trabalho vivo em ato e do vínculo afetivo positivo do profissional com os usuários, resultando em um sistema altamente cuidador, se soubermos incorporá-lo às nossas estratégias gerenciais (CECÍCLIO, 2012).

Compreender essa diferença entre o prescrito normativamente e o realizado pelos agentes nos cotidianos é primordial para identificar se as normas têm sido inadequadas aos objetivos dos serviços, ou se as práticas realizadas por fora dos parâmetros estariam inadequadas, visando aperfeiçoar as ações e serviços de prevenção e controle do câncer bucal. Assim, o objetivo dessa pesquisa é analisar as condutas estratégicas de gestores e profissionais que intervêm sobre as ações e serviços de prevenção e o controle do câncer bucal.

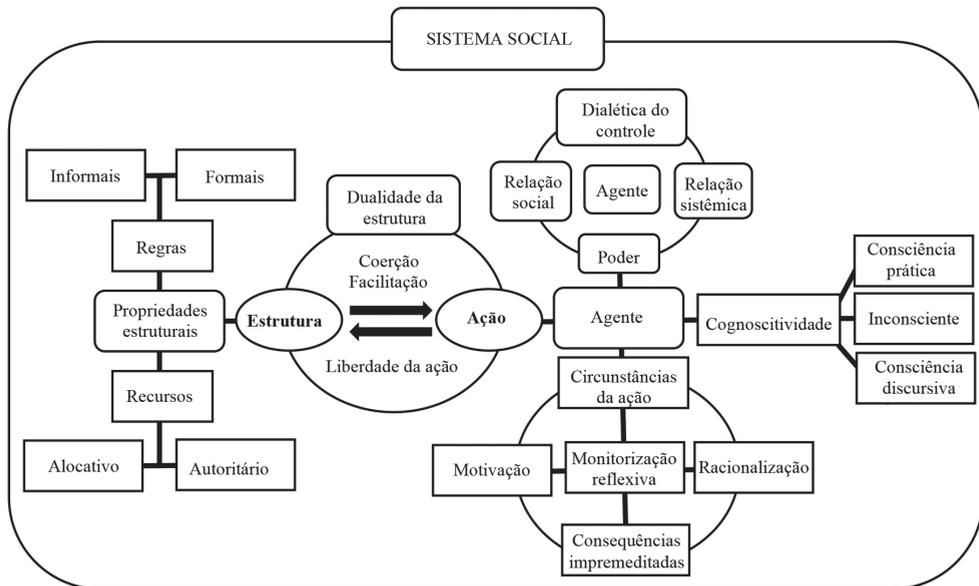
Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de caráter analítico e qualitativo, do tipo “análise da conduta estratégica” prevista na Teoria da Estruturação (TE) de Giddens (2003). A TE tem sido utilizada como um recurso teórico para análise das políticas públicas de saúde (O'DWYER, 2015). 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). Optou-se por esse referencial teórico por compreender que ele traz ferramentas e conceitos adequados para compreender como as estruturas

formais e prescritas do sistema de saúde determinam, em parte, as ações dos agentes públicos envolvidos, ao mesmo tempo em que são transformadas e reconstruídas cotidianamente por esses mesmos agentes.

Essa compreensão da relação entre estrutura e ação sinaliza que os sistemas sociais (entre eles os sistemas de saúde) não são criações de sujeitos individualmente, ao mesmo tempo em que está distante de qualquer concepção determinista da sociedade sobre os indivíduos. 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) (GIDDENS, 2003). A Figura 1 sintetiza a TE.

Figura 1. Síntese da Teoria da Estruturação



Fonte: elaboração própria, com base em Giddens (2003).

Para aplicação da TE em pesquisas, Giddens (2003) distingue dois tipos de análises possíveis: (1) análise institucional; (2) análise da conduta estratégica. Na análise institucional o pesquisador dá ênfase 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. A denominação “conduta estratégica se refere ao reconhecimento da cognoscitividade e da aptidão dos agentes em fazer uso intencional e habilidoso de regras e recursos estruturais na produção de suas condutas. Assim, a análise da conduta estratégica se concentra no modo pelo qual os agentes monitoram reflexivamente o que fazem e de que forma os atores se apoiam em regras e recursos na constituição da interação (GIDDENS, 2003). Busca-se a elucidação hermenêutica da rede de significados, desvelando as razões para a ação dos agentes. Isso incluiu saber o que os gestores e profissionais sabem (creem) sobre suas ações e expressam discursivamente (consciência discursiva), bem como o que fazem de forma tácita (consciência prática) (GIDDENS, 2003). Essa diferenciação entre as formas de consciência no âmbito da TE é fundamental, pois enquanto a primeira se refere, geralmente, aos processos formais e prescritos, a segunda está mais relacionada aos movimentos do cotidiano.

Cabe destacar 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. Os agentes desconhecem as totalidades das circunstâncias em que a ação se desenvolve e das consequências das atividades realizadas (GIDDENS, 2003).

A pesquisa foi desenvolvida na região de saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro. A escolha de uma região de saúde se justifica por ser a forma de organização do acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer prevista na PNSB (BRASIL, 2004) e na PNPCC (BRASIL, 2017). Segundo dados do IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br>), esta região concentra 55,17% da população do estado. Possui cobertura de saúde bucal na atenção primária de 22,12%, sendo a menor do estado. Essa cobertura varia entre 63,81% e 6,90% nos municípios da região (<https://egestorab.saude.gov.br>). A região possui 34 CEO habilitados e concentra 41,46% das unidades do estado. Todos os municípios da região possuem, no mínimo, um CEO. A região possui 18 habilitações de unidades para tratamento de oncologia (<http://cnes.datasus.gov.br>). Apesar de concentrar metade das habilitações, há déficit de 11 unidades reconhecido no Plano Estadual de Assistência Oncológica vigente (RIO DE JANEIRO, 2017).

Foram realizadas 26 entrevistas individuais com gestores e profissionais de cinco municípios da região, com seleção baseada na multiplicidade de cenários,

abrangendo diferentes portes populacionais. Foram realizadas três entrevistas com a equipe técnica de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), para aprofundar o olhar sobre a região de saúde, e cinco entrevistas com os coordenadores municipais de saúde bucal. Além disso, entrevistou-se 18 profissionais (12 cirurgiões-dentistas das ESB e seis dos CEO) destes municípios, sendo a escolha dos profissionais realizada de forma aleatória, respeitando-se o critério de amostragem por saturação teórica (FONTANELLA *et al.* 2011).

As entrevistas foram realizadas em 2019 e seguiram roteiros semiestruturados. As questões norteadoras abordavam a trajetória profissional do entrevistado, o cotidiano do serviço de saúde bucal, a organização das ações específicas para prevenção e controle do câncer bucal, as relações com os outros níveis de atenção e o processo de regulação para diagnóstico e tratamento dessa enfermidade. Buscou-se nas entrevistas, abordar como essas ações realizadas se relacionavam com os referidos aspectos previstos na PNSB e PNPCC. As entrevistas não ficaram restritas ao roteiro, sendo realizadas perguntas adicionais a partir da interação pesquisador-participante e das respostas às perguntas norteadoras, conforme recomendação da literatura (YIN, 2016; GRAY, 2009).

As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise com apoio do software NVivo®. O conteúdo das entrevistas foi organizado pelo perfil do entrevistado (gestor ou profissional) e pelo município em que exerce sua função e inserido no programa para identificação dos “nós” de categorização. Esse processo foi realizado de forma independente pelos autores e houve o consenso desta versão final. Apesar das condutas estratégicas dos gestores e dos profissionais serem inter-relacionadas, optou-se pela apresentação dos resultados e discussão das entrevistas separadas por agente, visando simplificar a organização temática.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 82201418.0.0000.5240) e os participantes tiveram ciência dos objetivos e métodos anteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O nome dos participantes foi substituído por siglas correspondentes à pela função que exerce, seguido de uma numeração de ordem aleatória: coordenador municipal de saúde bucal (CSB); responsável pelo diagnóstico (RD); saúde da família (SF); área técnica da SES/RJ (AT).

Resultados e Discussão

Conduta estratégica dos gestores

Os coordenadores de saúde bucal possuem papel estruturante na organização dos serviços para acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Por outro lado, 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. Além do direcionamento técnico, o aporte financeiro federal viabilizou a implantação de serviços na atenção primária e secundária (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011). A série histórica dos repasses para a atenção em saúde bucal no período 2003-2017 mostra um gasto federal crescente até 2012, com queda no início de 2013, manutenção de valores de 2013 a 2016 e discreta redução em 2017, chegando a R\$1.059.555.548,48 neste último ano (ROSSI *et al.*, 2018).

Identificou-se que a definição de critérios e diretrizes nacionais direcionou as tomadas de decisões locais, orientando condutas dos gestores municipais e estaduais.

A política, quando começou a ser implementada, foi um alento. Tínhamos que trabalhar sem um ponto norteador. Quando a política trouxe o custeio, foi tudo que nós aguardamos e precisávamos para poder trabalhar com os municípios e para que os municípios começassem a construir as suas ofertas em saúde bucal (AT1).

Conforme a TE, deve-se observar que a PNSB, como um conjunto de regras e recursos, tem papel tanto de facilitador, quanto de dificultador, para a ação dos agentes. Se no período anterior à PNSB cada gestor construía seu próprio caminho, hoje, existe um financiamento e um discurso formal do Ministério da Saúde sobre o que se deve e o que não se deve ser feito. Por um lado, isso expande as possibilidades de atuação do gestor municipal, estruturando suas ações, mas por outro, reduz sua liberdade de atuação, pois há um padrão estabelecido para se ter acesso aos recursos financeiros. Diante dessa situação, os coordenadores municipais têm seguido três caminhos.

O primeiro é cumprir a cartilha federal e implantar os serviços conforme prescrito. Apesar de parecer o caminho lógico, é o mais improvável, pois a realidade dos serviços possui complexidades e variabilidades que dificultam que as decisões sejam sempre baseadas na racionalidade federal.

O segundo caminho é realizar adaptações locais à política nacional. A transformação das políticas prescritas em políticas reais é compreensível e feita de forma cotidiana. Na concepção estruturacionista de Giddens, os agentes, ao

atuarem dentro das estruturas dessas políticas, acabam por moldá-las e, em parte, transformá-las (OLIVEIRA; PEREIRA; FERREIRA, 2013). Para ter acesso aos recursos, os gestores aceitam as condições do ente federal, mas assim que os serviços são implantados e se inicia a transferência de verbas, começam as adaptações locais.

Quando o recurso está instituído, na 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, mas ele faz o serviço de acordo com o jeito que quer (AT3).

Dentre as adaptações citadas, destacaram-se a carga horária real dos profissionais da ESB ser menor que a prevista para a estratégia de saúde da família, a ausência de oferta de alguma especialidade obrigatória no CEO e o descumprimento das metas de produção dos CEO. A carga horária reduzida para a ESB é justificada pelos gestores pela dificuldade financeira do município em complementar os recursos necessários para o serviço funcionar integralmente, bem como pela carga horária reduzida de profissionais já concursados e que foram deslocados para a ESB. As adaptações nos CEO são também justificadas pelas dificuldades financeiras para manutenção integral dos serviços e pela ausência de especialistas em todas as áreas obrigatórias do CEO, o que também resulta na dificuldade de alcance das metas.

O modelo de financiamento por programas e por imposição de regras se tornou hegemônico. Por isso, há uma naturalização da crença de que cabe aos gestores municipais seguirem os caminhos definidos pelos entes federal e estadual, mesmo com as adaptações, para acessarem esses recursos. Quando um gestor, deliberadamente, opta pelo terceiro caminho, que é o caminho próprio sem os recursos do outro ente federativo, gera estranhamento e desconfiças, colocando em dúvida a importância do princípio da descentralização administrativa do SUS e a independência entre as esferas administrativas. Esse terceiro caminho também é comum, principalmente na atenção primária.

Independentemente dos caminhos trilhados por cada gestor municipal, quando se analisa a perspectiva nacional, é inegável que a PNSB teve importante papel na estruturação dos serviços municipais. Além da influência direta do financiamento, a PNSB foi utilizada como uma grande ferramenta de *marketing* político federal do primeiro governo do presidente Lula, na forma do Programa Brasil Sorridente. Estar associado a essa marca passou a ser importante não apenas para o nível federal, mas também ao gestor municipal, que visualizava nesse programa a possibilidade de expansão do seu capital político (ROSSI, 2018; GARCIA, 2013).

O aumento considerável de recursos e o *marketing* político associado à PNSB, fizeram com que o *status* da gestão em saúde bucal nos municípios alcançassem 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. Faz-se necessários outros estudos para identificar se essa realidade é específica para a região estudada, ou se é uma regra informal do próprio sistema nacional. A alta rotatividade dos gestores em função da relação com os processos partidários e eleitorais e a baixa capacidade gerencial, que está distante das necessidades e complexidades do setor, geram descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Conduta estratégicas dos profissionais

As condutas estratégicas dos profissionais, independente do serviço de atuação, interferem diretamente nas ações de prevenção e controle do câncer bucal. Identificou-se uma situação contraditória entre uma maior mobilização dos profissionais diante da suspeita do câncer bucal e um processo de negligência profissional frente o processo de adoecimento do usuário.

A maior mobilização dos profissionais diante da suspeita de diagnóstico do câncer bucal tem se relacionado, principalmente, com o sofrimento causado pelo câncer e seu tratamento, bem como com a proximidade com a morte. Esses fatores, como objetos de trabalho do dentista, fazem com que a estomatologia, especialidade mais relacionada ao diagnóstico, seja considerada uma 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 (RD4).

Verificou-se que os profissionais buscam dar maior agilidade aos processos de trabalho relacionados ao câncer bucal, agindo de forma ativa nos encaminhamentos e no processo de regulação. A detecção precoce é reconhecida como de responsabilidade do dentista, independentemente do fato de ele próprio realizar a biópsia ou encaminhar o paciente ao especialista (HADZIABDIC; SULEJMANAGICB; KURTOVIC-KOZARICC, 2017).

Segundo os entrevistados, por estar ancorada 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 desenvolvem sensibilidade para algumas visualizações. Quando o paciente que parece muito debilitado ou é uma lesão grande, elas sinalizam. Se alguém me passa que há algo mais preocupante, 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 (RD6).

Não há muita preocupação no refinamento dos casos encaminhados para diagnóstico com o especialista. 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 98% dos pacientes encaminhados para o diagnóstico bucal apresentaram lesão benigna no momento da consulta (KNIEST *et al.*, 2011).

Acontecem encaminhamentos bobos, tipo achar que a saída de glândula parótida é lesão. Mas prefiro que me mandem isso a não mandar alguma coisa que é importante. Eu prefiro pecar pelo excesso (RD1).

Identificou-se que o profissional se mobiliza mais quando desconfia de que um usuário possa ter uma lesão, do que para um atendimento de um paciente que se queixa de dor. A mobilização para o diagnóstico faz com que os profissionais tenham condutas estratégicas que acreditam estar além de suas funções, por exemplo, ligam para um colega, atendem sem agendamento, encaminham sem as formalidades do sistema, levam o material biopsiado para o laboratório em outra cidade e voltam para buscar o resultado. Essa forma de agir é influenciada pela consciência prática do profissional, ou seja, um aprendizado construído socialmente que o leva a ações em função de um alerta para a situação extrema de ter um paciente com um câncer de difícil tratamento e normalmente com diagnóstico tardio.

Isso ocorre 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 disser 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, mesmo quando o paciente está com dor (RD6).

A representação do câncer na sociedade está relacionada com essa conduta, inserida em sua consciência prática e revivida no momento da suspeita de lesão. Por estar na consciência prática, o atraso profissional no encaminhamento 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. É esperado que os profissionais ultrapassem os limites impostos pelas regras formais do serviço, seus fluxos e normas, de forma a atender as demandas específicas de cada caso. Os caminhos do cuidado, e as próprias regras das PNSB e PNPCC, vão sendo constantemente recriados pelos agentes, mesmo que nas informalidades do dia a dia do trabalho. Quando algum profissional não o faz, considera-se negligência.

A negligência profissional na identificação das lesões pode ocorrer por pressa ou descuido em uma anamnese. Apesar da formação dos profissionais ser orientada para anamneses e exames clínicos minuciosos, a rotina sobrecarregada e estressante faz com que os profissionais busquem ser resolutivos, focando na necessidade apresentada de forma mais imediata. Como as lesões de mucosa são raras e assintomáticas, os profissionais focam o exame nas estruturas dentárias e periodontais. É comum o relato de fragilidade técnica e insegurança no diagnóstico de lesões na ESB (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017), mas a pouca vivência nesse tipo de diagnóstico, mesmos pelos mais experientes, contribui para o não desenvolvimento de um olhar mais cuidadoso sobre as lesões de mucosa.

Talvez a formação nem foi ruim, mas ele não despertou o interesse por essa área e acha que isso nunca vai passar pela mão dele. Ele 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 (RD5).

Há um reconhecimento da importância da identificação do câncer bucal em seu estágio inicial. Mas, de forma contraditória, as lesões pré-malignas, como as leucoplasia e eritroplasias, não trazem tais preocupações.

Mandamos um paciente com uma lesão suspeita e o estomatologista falou para ela *“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? (SF6)

Compartilhando a percepção da fragilidade técnica dos profissionais, a SES/RJ inseriu no Plano Estadual de Assistência Oncológica de 2017 a necessidade de ações de qualificação para a detecção precoce do câncer bucal (RIO DE JANEIRO, 2017). Apesar do processo de educação permanente dos profissionais

ser fundamental para aperfeiçoamento das práticas, a dificuldade de identificação das lesões pelo profissional da atenção primária apresentada nas entrevistas esteve menos relacionada aos conhecimentos das características das lesões suspeitas e mais à aquisição do hábito de um exame clínico mais minucioso. Assim, é fundamental que as práticas educativas ocorram com maior frequência, para que os profissionais se mantenham cotidianamente atentos ao tema. Além disso, esse espaço educativo deve servir, também, para identificação das dificuldades estruturais que vão além do conhecimento do profissional, pois, diante da realidade dos serviços, o profissional tem tido dificuldade de colocar em prática o conhecimento teórico (SOUZA; SÁ; POPOV, 2016).

Algumas capacitações são oferecidas, mas não é muito frequente. Acho que poderia ter um convênio para 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 (SF11).

O processo de educação permanente é fundamental, principalmente quando observamos a rotatividade dos profissionais da ESB. Além da rotatividade, a ausência de integração entre as equipes dos CEO e das ESB inviabiliza importantes processos para qualificação dos profissionais e dos serviços. A construção de um espaço de diálogo permanente entre essas equipes poderia possibilitar a troca de conhecimentos e experiências.

Foi uma iniciativa nossa, estar mais próximo da ponta. Tínhamos uma postura totalmente equivocada. Só via erro na ponta. Só questionava os erros dos encaminhamentos, mas não conseguia me colocar no lugar deles. Agora 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 (RD1).

A sobrecarga de trabalho das equipes também é fator estruturante que dificulta a participação em qualificações. Esse quadro não se difere de outros cenários onde há falta de participação dos profissionais em atividades educativas (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018). A ausência de um processo de educação permanente e a baixa capacidade técnica das equipes, somadas à sobrecarga de trabalho e pequena cobertura da atenção primária, fazem com que muitas das lesões sejam diagnosticadas a partir da queixa do paciente. Essas, geralmente, estão em estágios mais avançados. O desafio imposto aos profissionais é o reconhecimento das lesões iniciais, anteriores à possibilidade de identificação pelos usuários.

No SUS, quando a gente se depara com paciente, pela experiência clínica, você já tem certeza em relação à lesão. Você biopsia por trâmite, é apenas protocolar. Não há mérito nesse diagnóstico. Aquela lesão inicial, nas mais diversas formas, passa batido, infelizmente (RD5).

Outra conduta estratégica essencial ao processo identificada foi a comunicação entre os profissionais, principalmente em uma região onde não há compartilhamento dos prontuários entre as unidades da rede. Com encontros formais escassos e limitados, a comunicação oficial entre os profissionais se restringe à guia de referência e contrarreferência, que é focada no problema do usuário. Essa limitação faz com que a comunicação informal, por meio de tecnologias digitais, ganhe destaque para reduzir o tempo e as distâncias necessárias.

Tem um grupo de WhatsApp com 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 (SF5).

Grupos de profissionais se comunicam diariamente e constantemente por aplicativos de mensagens de celular. 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. O uso de celulares auxilia na detecção remota precoce do câncer bucal por profissionais da atenção primária em ambientes com poucos recursos. A fotografia feita por um *smartphone*, por exemplo, possui boa concordância e acerto diagnóstico comparável com aquele obtido presencialmente (FONSECA *et al.*, 2018).

Se a comunicação formal entre a atenção primária e secundária ocorre com dificuldades, a comunicação com a atenção terciária não tem ocorrido. O momento do encaminhamento do usuário para tratamento é quase que o rompimento da ligação dos profissionais com o cuidado prestado, inviabilizando a construção de uma rede de atenção à saúde. O cuidado se configura desintegrado, sendo o papel da atenção primária e secundária reduzido a “conseguir a vaga” para tratamento na terciária (CASOTTI, 2019). O modelo atual de gestão faz com que seja restritiva a comunicação entre os níveis.

Difícil, muito ruim, péssimo para dizer a verdade. Acho que a atenção terciária tem que se aproximar mais. 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 (RD1).

Muitas vezes, a informalidade da comunicação e dos processos pode ser um fator facilitador na resolução de problemas pontuais, pois não se limita a regras restritivas. Por outro lado, essas ações podem resultar na manutenção da situação problema, como uma consequência impremeditada. Conforme sinaliza Giddens (2003), como o agente não consegue identificar todas as consequências de suas ações, ele acaba por contribuir com a realimentação das condições da própria ação (GIDDENS, 2003).

É prejudicial quando fazemos determinadas acomodações do sistema. Por exemplo, a personalidade do meu primeiro contato com o laboratório de patologia e o estabelecimento do fluxo informal aconteceu pela falta de protocolo. Eu dei meu jeito, mas isso se manteve por tanto tempo porque as pessoas se acomodaram. Mas isso traz prejuízo. Algumas coisas me passam despercebidas (RD6).

As dificuldades enfrentadas têm resultado em diferentes condutas dos profissionais, que visam a resolução rápida das demandas apresentadas pelos usuários com suspeita do câncer bucal. A regulação formal definida pela macrogestão não atende à necessidade, havendo uma microgestão informal, com soluções locais que diminuem o tempo de espera, conforme também identificado por Casotti (2019). Identifica-se que, por mais que existam estruturas formais, há um espaço inventivo constante onde esses agentes podem atuar, reproduzindo e transformando as práticas e, conseqüentemente, a própria política de saúde.

Os limites deste estudo se referem, principalmente, à sua delimitação espacial, pois a região de saúde escolhida tem características peculiares, o que gera interpretações específicas para essa realidade. Por outro lado, buscou-se discutir a relação da prática cotidiana na região estudada com as políticas públicas de âmbito nacional e com outras pesquisas, reduzindo estes limites. Além disso, objetivou-se centrar a análise nas condutas de âmbito mais micropolítico, devido ao referencial interpretativo, havendo necessidade de outros estudos que considerem a conduta coletiva dos agentes para transformações no aspecto macropolítico.

O Quadro 1 apresenta um quadro síntese das condutas estratégicas dos gestores e dos profissionais para a prevenção e o controle do câncer bucal.

Quadro 1. Condutas estratégicas de gestores e profissionais para prevenção e controle do câncer bucal

Conduta por tipo de agente	Estratégia facilitadora	Estratégia restritiva
Gestor	Adesão à norma federal Aquisição de capital político	Descumprimento das normas federais Não alocação do total da carga horária de profissionais e de especialistas Descumprimento das metas de produção dos CEO Instabilidade e rotatividade na gestão
Profissional	Mobilização pelo tema câncer Tolerância com encaminhamentos inseguros Diálogo entre diferentes profissionais Comunicação informal Soluções locais	Negligência na identificação das lesões Fragilidade técnica Rotatividade profissional Distanciamento da atenção terciária

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

Este estudo permitiu a compressão de como as condutas estratégicas de gestores e profissionais influenciam as ações cotidianas direcionadas à prevenção e controle do câncer bucal. Verificou-se que a estruturação gerada pelas PNSB e PNPCC restringe as liberdades de ação desse grupo, mas que, por outro lado, essas mesmas políticas têm sido transformadas diariamente por esses agentes nos diferentes espaços institucionais no SUS. Esse aspecto, da dualidade das políticas públicas converge diretamente com a TE de Giddens, utilizada como referencial analítico.

Por um lado, esses agentes, sensibilizados pelas representações do câncer na sociedade, mobilizam-se como potenciais agentes facilitadores do acesso e criam alternativas informais aos protocolos mais restritores. Por outro lado, há uma importante contradição entre uma maior mobilização dos gestores e profissionais frente à suspeita do câncer bucal e um processo de negligência frente ao risco de adoecimento do usuário. Parte dessa negligência é reflexo da pouca experiência na área, da baixa cobertura e da sobrecarga de trabalho, que faz com que a quantidade de usuários para cada equipe seja excessiva. Nesse cenário, a reconfiguração dos processos de trabalho, com maior ênfase à promoção da saúde

e prevenção do câncer, bem como com o aperfeiçoamento e a sistematização da semiótica odontológica também poderiam ser importantes medidas para viabilizar o diagnóstico precoce.

Diante dos dados, destacou-se que é fundamental que se amplie o acesso à atenção primária, para criar condições estruturais de ação, e se invista em processos de educação permanente dos profissionais e gestores, mantendo-os em constante estado de atenção às necessidades dos usuários. Sem isso, dificilmente se alcançará o desejado acesso precoce ao diagnóstico e ao tratamento do câncer bucal e a garantia do direito ao acesso à saúde.¹

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública (PPG-SP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pelo suporte financeiro.

Referências

BARROS, G.I.S.; CASOTTI, E.; GOUVÊA, M.V. Câncer de Boca: o desafio da abordagem por dentistas. *Revista de enfermagem da UFPE on line*, Recife, v. 11, n. 11, p. 4273-4281, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23542/24597>. Acesso em: 09 dez. 2020.

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*, Brasília, DF, 03 out. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 09 dez. 2020.

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*, Brasília, DF, 24 mar. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html. Acesso em 09 dez. 2020.

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*, Brasília, DF, 19 fev. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.399-de-17-de-dezembro-de-2019-234338206>. Acesso em: 09 dez. 2020.

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: MS, 2004.

CASOTTI, E. Rede de cuidado ao paciente com câncer de boca na Cidade do Rio de Janeiro. *Diversitates International Journal*, Niterói, v. 11, n. 2, p. 33-38, 2019. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/301/161>. Acesso em: 09 dez. 2020.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saúde e sociedade*. São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200003. Acesso em: 09 dez. 2020.

FONSECA, B. B. *et al.* Diagnóstico à distância de lesões bucais com fotografias de smartphones. *Revista da Associação Paulista de Cirurgões-Dentistas*, São Paulo, v.70, n.1, p.52-57, 2016. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762016000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 09 dez. 2020.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 27, n. 2, pp. 388-394, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GARCIA, D. V. Sobre os bastidores do processo de formulação de políticas públicas: considerações acerca da saúde bucal no Brasil. *Revista de Políticas Públicas, São Luiz*, v.17, n.1, p.203-209, 2013. Disponível em: <http://www.periodicoseltronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1739>. Acesso em: 09 dez. 2020.

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

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. Disponível em: [https://www.ijoms.com/article/S0901-5027\(19\)30097-9/fulltext](https://www.ijoms.com/article/S0901-5027(19)30097-9/fulltext). Acesso em: 09 dez. 2020.

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

HADZIABDICA, N.; SULEJMANAGICB, H.; KURTOVIC-KOZARICC, A. 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. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221255817300455>. Acesso em: 09 dez. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KNIEST, G. *et al.* Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *Revista Sul brasileira de Odontologia*. Joinville, n.8, v.1, p.13-8, 2011. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-56852011000100003&script=sci_arttext. Acesso em: 09 dez. 2020.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000100012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 dez. 2020.

LIMA, F.L.T.; O'DWYER, G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. *Ciência e saúde coletiva*, v.25, n.8, p.3201-3214, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000803201&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 dez. 2020.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v.23, n.2, p.417-425, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200417&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 dez. 2020.

MONTORO, J. R. M. C. *et al.* Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* São Paulo, v.74, n.6, p.861-866, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992008000600008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 dez. 2020.

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.

OLIVEIRA, L. C.; PEREIRA, J. R.; FERREIRA, P. A. Análise estruturacionista de políticas públicas: a dualidade da política pública. *Revista de Políticas Públicas*, São Luiz, v. 17, n. 1, p. 27-36, 2013. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1510>. Acesso em: 09 dez. 2020.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n.(spe4), p.187-197, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800187. Acesso em: 09 dez. 2020.

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

ROSSI, T. R. A. *et al.* O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 826-836, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ckfwMSQPDgHFXctcZrQG5XR/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

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

SOUZA, J. G. S.; SÁ, M. A. B.; POPOFF, D. A. V. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v.24, n.2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600020250.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2020.

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

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

Nota

¹ F. L. T. de Lima: concepção, delineamento do estudo, coleta e análise dos dados e redação do artigo. G. O'Dwyer: delineamento do estudo, análise dos dados e revisão final do artigo.

Abstract

Analysis of the strategic conduct of managers and professionals for the prevention and control of oral cancer

Health managers and professionals are the agents responsible for implementing public policies in health services. It is therefore essential to understand how they act in everyday practice. The aim of this study was to analyze the strategic conduct of managers and professionals involved in oral cancer prevention and control. We conducted a qualitative study based on 23 interviews with oral health managers and professionals in five municipalities in the Metropolitana I health region in the state of Rio de Janeiro and three interviews with members of the oral health technical team of the state health department. We performed a strategic conduct analysis drawing on Anthony Giddens' theory of structuration. The findings show that, sensitized by the representation of cancer in society, these agents act as potential facilitators of access to services, creating informal alternatives to more restrictive protocols. However, this mobilization only tends to occur in cases of suspected cancer, constituting an important contradiction. It is concluded that it is essential to improve access to primary care, enhance health promotion and cancer prevention actions, and promote continuing training to guarantee the right to early diagnosis and timely treatment of oral cancer.

► **Keywords:** Oral Neoplasms. Health Policy. Oral health services.

