

Prevenção e controle do câncer bucal: contribuição da Comissão Intergestores Bipartite no estado do Rio de Janeiro

Prevention and control of oral cancer: contribution of the Bipartite Inter-Managers Commission in the state of Rio de Janeiro

Fernando Lopes Tavares de Lima¹, Gisele O'Dwyer²

DOI: 10.1590/0103-1104202213506

RESUMO A ampliação do acesso à prevenção e controle do câncer bucal demanda a construção de uma rede intermunicipal de cuidado e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem papel central nesse processo. Objetiva-se analisar, sob a ótica da Teoria da Estruturação, a participação da CIB na estruturação da prevenção e controle do câncer bucal no Sistema Único de Saúde, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Realizou-se um estudo de caso exploratório, com análise de documentos da CIB do Rio de Janeiro entre 1996 e 2019. A coleta dos dados foi realizada no primeiro trimestre de 2020. Foram analisados 739 documentos pelas categorias: Constituição da rede de saúde; Financiamento das ações de saúde; Qualificação profissional em saúde. As discussões na CIB se mostraram limitadas devido uma característica mais municipalista e menos regionalizada no estado. O acesso ao tratamento rendeu debates que contribuíram com a expansão, mesmo que limitada, da rede hospitalar e com a reorganização da regulação. Identificou-se que esse espaço formal de negociação e decisão intergestores se transformou em um espaço meramente informativo ou deliberativo *pro forma*, o que traz limitações para estruturação das ações regionais de prevenção e controle do câncer bucal no estado do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Neoplasias bucais. Política de saúde. Regionalização da saúde. Estratégias de saúde regionais.

ABSTRACT Expanding access to oral cancer prevention and control requires constructing an inter-municipal care network. The Bipartite Intermanagement Commission (CIB) plays a central role in this process. This study aims to analyze, from the perspective of the Structuring Theory, the participation of the CIB in structuring oral cancer prevention and control actions within the scope of the Unified Health System, in the state of Rio de Janeiro, Brazil. This exploratory case study analyzes documents from the CIB of Rio de Janeiro between 1996 and 2019. Data collection and extraction took place in the first quarter of 2020. Two researchers individually analyzed the content of 739 documents in the categories: Constitution of the health network; Financing of health actions; Professional qualification in health. Discussions at the CIB proved to be limited, due to the more municipal and less regionalized characteristics adopted by the state for oral health. Access to treatment gave rise to debates that contributed to the expansion of the hospital network and the reorganization of regulation, even if limited. This formal space for inter-manager negotiation and decision-making has become a merely informative or *pro forma* deliberative space, which brings limitations to the structuring of regional actions for the prevention and control of oral cancer in the state of Rio de Janeiro.

¹Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. flima@inca.gov.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

KEYWORDS Oral health. Mouth neoplasms. Health policy. Regional health planning. Regional health strategies.



Introdução

Para o ano de 2020, estimam-se 15.190 novos casos de câncer bucal no Brasil, sendo o quinto câncer mais comum em homens e o décimo terceiro entre as mulheres no País. Em 2017, ocorreram 6.295 óbitos por essa doença¹. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle do câncer bucal contemplam a promoção de saúde, a prevenção, a detecção precoce, o tratamento oportuno e os cuidados paliativos² e têm sido direcionadas, principalmente, pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)³, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)² e da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)².

Os critérios e recursos normatizados por essas políticas estimularam a ampliação da rede de serviços de saúde por todo o País, mesmo que de forma limitada⁴. A ampliação do acesso aos serviços de oncologia, o que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento⁵, passa pela agenda da regionalização dos serviços⁶. Porém, a construção de uma rede intermunicipal de cuidado é um desafio, pois necessita de acordos e negociações intergovernamentais⁷, que não são isentos de conflitos no âmbito político e de destinação de recursos.

Com objetivo de regulamentar a relação entre os gestores estaduais e municipais, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), reconhecidas como foros de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS⁸. À CIB, cabe pactuar as diretrizes gerais sobre regiões de saúde, o processo de referência e contrarreferência e as responsabilidades dos entes federativos, de acordo com o porte demográfico e desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e solidárias⁸.

A CIB tem se constituído como uma importante arena de embates entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de importância na formulação e implementação

das políticas públicas de saúde⁹. Apesar disso, o cenário de baixo financiamento do SUS tem enfraquecido o papel cooperativo da CIB, pois os gestores passam a disputar recursos e ter menor comportamento solidário⁷. Diante da importância desse espaço, analisar os processos de trabalho da CIB é primordial para compreender a estruturação da rede de serviços do SUS, em especial, os de alto custo e de lógica regionalizada, como os voltados ao diagnóstico do câncer bucal.

Tendo em vista essas questões, o objetivo deste trabalho foi analisar, sob a ótica da Teoria da Estruturação, a participação da CIB na estruturação das ações de prevenção e controle do câncer bucal no âmbito do SUS, no estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso exploratório, utilizando-se de análise documental¹⁰ das atas de reuniões e deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Este trabalho faz parte da linha de pesquisa institucional 'Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e gestão de sistemas de saúde'. Buscou-se compreender, além do conteúdo, o contexto de produção e a intencionalidade dos agentes envolvidos declarada nos documentos analisados.

A CIB/RJ foi criada em 1993 e, atualmente, é composta por doze representantes titulares da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) e doze titulares do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems/RJ). Além disso, um representante do Ministério da Saúde (MS) tem direito a voz nas reuniões, devido a ampla rede federal existente no estado. Para assessorar suas atividades, a CIB/RJ possui uma Câmara Técnica Geral e Câmaras Técnicas Temáticas, subordinadas à primeira e criadas conforme necessidade.

Para o estado, foram estimados 1.560 casos de câncer bucal para o ano de 2020¹ e 528

mortes, segundo dados do Atlas da Mortalidade (<https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>). Em relação às estruturas de atenção à saúde, segundo dados do eGestor (<https://egestorab.saude.gov.br/>), a cobertura de saúde bucal na atenção básica no estado do Rio de Janeiro em 2020 era de 35,33%, existindo ainda 17 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 49 habilitações em alta complexidade em oncologia, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (<https://cnes.datasus.gov.br/>).

A coleta de dados foi realizada no primeiro trimestre de 2020, por dois pesquisadores, por meio de *download* de todos os documentos disponíveis (<http://www.cib.rj.gov.br/>), o que contemplou os anos de 1996 a 2019. Cabe destacar que, mesmo que o período seja anterior às próprias políticas, já havia algumas ações que serviram de sementes para construção dessas políticas, o que justifica essa inclusão.

Por meio do *software* NVivo 12®, buscou-se nos documentos trechos relacionados ao acesso do usuário com suspeita ou confirmação de câncer bucal, considerando as ações e serviços previstos na PNSB³, PNAB² e na PNPCC². Utilizou-se a associação de palavras e expressões relacionadas à temática: “unidade de assistência de alta complexidade em oncologia”, “UNACON”, “centros de assistência de alta complexidade em oncologia”, “CACON”, “oncologia”, “neoplasia”, “câncer”, “centro de especialidades odontológicas”, “CEO”, “equipe de saúde bucal”, “ESB”, “Laboratórios Regionais de Prótese Dentária”, “LRPD”, “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade”, “PMAQ”, “Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde”, “PREFAPS”, “boca”, “bucal”, “Cabeça e Pescoço” e “cavidade oral”. Não foram incluídas ações mais amplas, como de prevenção do tabagismo ou alimentação saudável, mesmo que tenham relação com o tema do estudo, considerando a especificidade e amplitude dessas temáticas, o que demandaria uma pesquisa específica para tais temas. Os temas foram primeiramente organizados em “Saúde bucal”,

“Oncologia” e “Oncologia e saúde bucal”, a depender do tema abordado no documento. Todos os documentos encontrados por meio desse critério, foram incluídos para análise.

A análise dos documentos foi realizada à luz da Teoria da Estruturação de Giddens (TE). Essa teoria atenta, ao mesmo tempo, à capacidade reflexiva dos agentes e ao condicionamento de estruturas prévias¹¹. 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^{11,12}.

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^{11,12}. As formas de interação entre os agentes são permeadas constantemente por relações de poder, que ganham centralidade na análise social, sendo consideradas inerentes à constituição da vida social¹¹. Apesar de sempre saberem o que estão fazendo, os agentes desconhecem todas as circunstâncias em que a ação se desenvolve, bem como todas as consequências das atividades realizadas¹¹.

Já a estrutura, é considerada o conjunto de regras e recursos, recursivamente implicados na reprodução de sistemas sociais. As regras possuem aspecto normativo que se refere às práticas do ponto de vista dos direitos, obrigações e modos pelos quais podem ser executadas^{11,12}. Os recursos são as facilidades, ou base de poder, que o agente tem acesso para alcançar seus objetivos¹¹. 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 poder¹². Apesar de sua característica restritiva e coercitiva, a estrutura pode ser compreendida também nos seus aspectos mais facilitadores¹¹.

O processo de análise foi realizado de forma independente, pelos mesmos pesquisadores que, posteriormente, construíram uma síntese conjuntamente. Nos casos em que houve discordância entre os pesquisadores, os mesmos

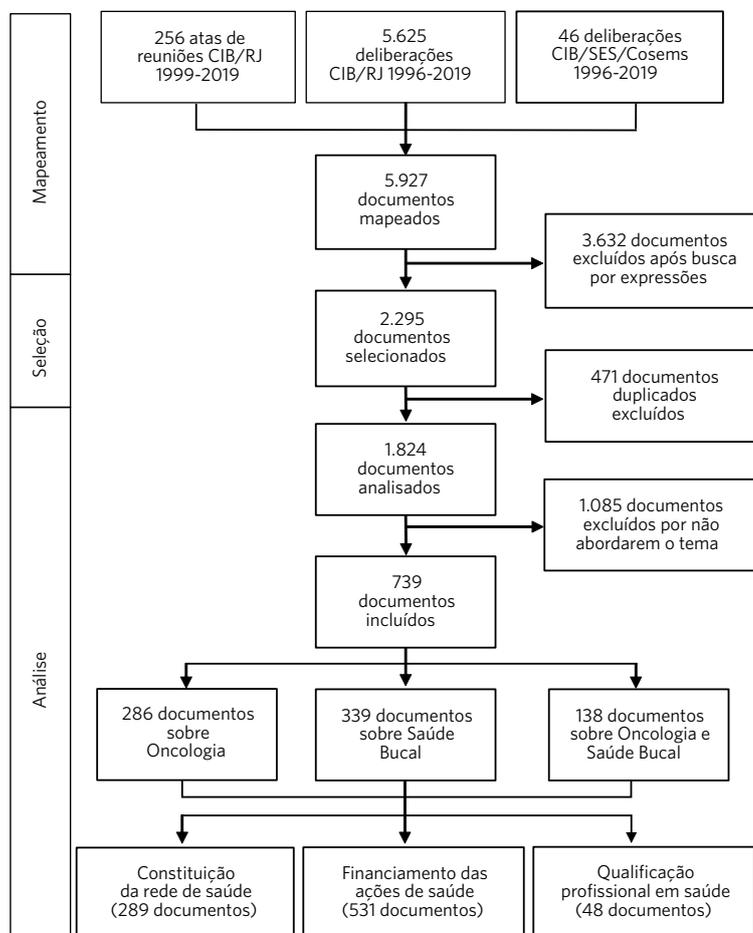
discutiram até alcançar o consenso aqui apresentado. Apesar do NVivo 12[®] ter auxiliado na ordenação e análise dos dados, o processo de categorização foi realizado pelos pesquisadores, a partir de um processo indutivo de leitura exaustiva do conteúdo do material empírico selecionado e dos conceitos e ideias presentes no referencial teórico.

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

Resultados

Foram encontrados 5.927 documentos, sendo selecionados 2.295 no processo de busca por palavras e expressões no NVivo 12[®]. Foram excluídos 471 documentos duplicados e 1.085 documentos em que os trechos encontrados na busca não estavam relacionados ao objetivo da pesquisa. Assim, foram incluídos 739 documentos para análise, sendo 286 sobre o tema “oncologia”, 339 sobre “saúde bucal” e 138 sobre os dois temas (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma de mapeamento, seleção e análise dos documentos disponíveis no site da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (1996-2019), incluídos neste estudo



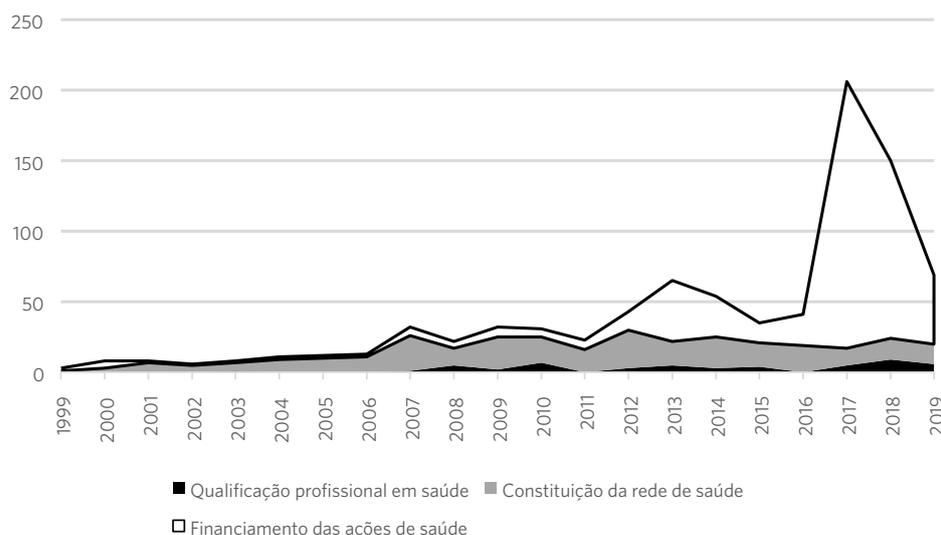
Fonte: elaboração própria.

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

A CIB/RJ realizou discussões e deliberou sobre ações e serviços voltados aos usuários com câncer bucal desde 1999, sendo o tema incluído na pauta progressivamente. Nos anos anteriores, não foram encontradas menções sobre o assunto nos documentos analisados. A partir da análise dos conteúdos dos documentos foram construídas três categorias analíticas inter-relacionadas: Constituição da rede de

saúde; Financiamento das ações de saúde; e Qualificação profissional em saúde (*gráfico 1*). Dentro de cada categoria, buscou-se evidenciar os aspectos relacionados à estrutura (regras formais e informais e recursos alocativos e autoritários) e à ação dos agentes envolvidos (circunstâncias da ação, relações de poder, motivação e monitoração reflexiva), conforme previsto pela TE^{11,12}.

Gráfico 1. Número de documentos disponíveis no site da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (1996-2019), incluídos neste estudo, por categoria analítica e ano de publicação

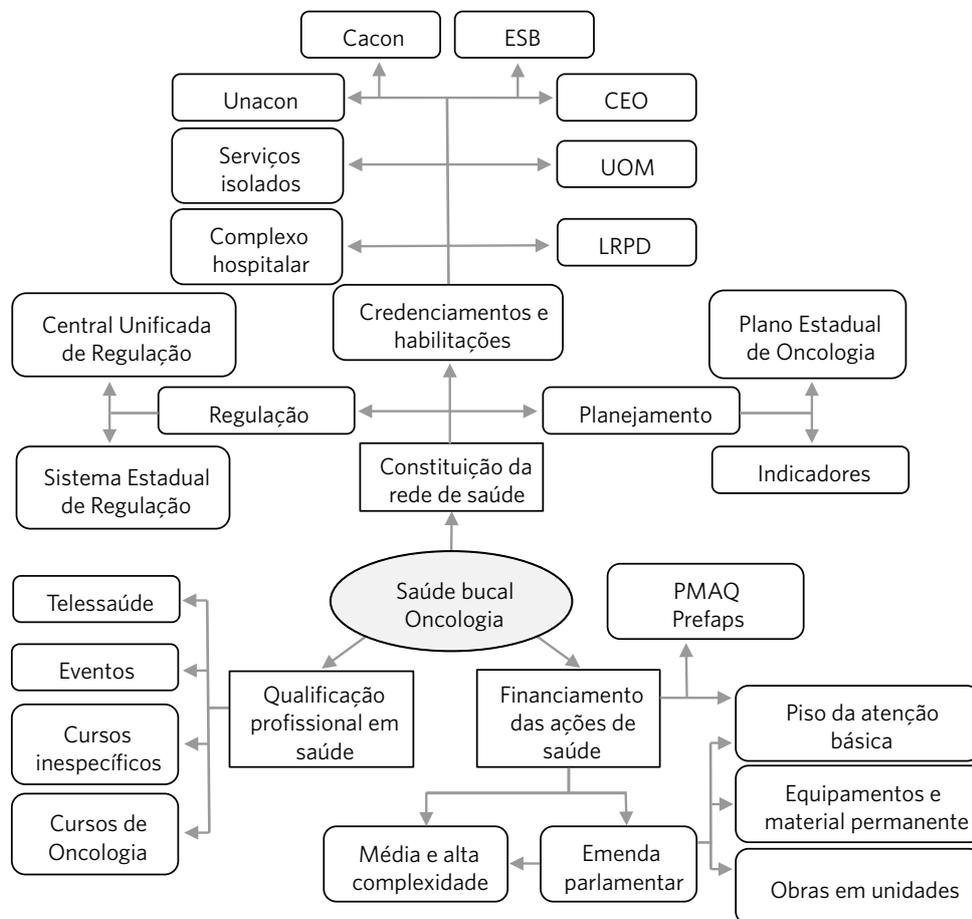


Fonte: elaboração própria.

As categorias “Constituição da rede de saúde” e “Financiamento das ações de saúde” ganharam mais destaque do que a “Qualificação profissional em saúde”, tanto quantitativamente, quanto qualitativamente (*figura 2*). Durante o período analisado, houve um aumento do número de documentos

publicados, principalmente deliberações sobre emendas parlamentares para financiamento após 2017. A redução do número de documentos nos anos posteriores a 2017 está relacionada às deliberações sobre destinação de recursos para diferentes municípios em um mesmo documento.

Figura 2. Mapa conceitual das discussões e deliberações relacionadas ao acesso dos usuários com câncer bucal, relatadas nos documentos disponíveis no site da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (1996-2019), incluídos neste estudo



Fonte: elaboração própria.

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; Unacon: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; UOM: Unidade Odontológica Móvel.

O quadro 1 apresenta um quadro síntese das discussões e deliberações da CIB/RJ relacionadas ao acesso dos usuários com câncer

bucal e de acordo com as categorias de análise construídas.

Quadro 1. Quadro síntese das categorias analíticas e os achados encontrados, de acordo com a Teoria da Estruturação de Giddens

CATEGORIAS	ESTRUTURA	AÇÃO DOS AGENTES
Constituição da rede de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Existência de regulamentação federal de credenciamento de serviços, com papel indutor em estados e municípios. Criação de central de regulação estadual unificada de acesso ao tratamento de câncer. Insuficiência de recursos alocativos para expansão de serviços de tratamento do câncer. Existência de regulamentação federal do tempo mínimo para início do tratamento. Ausência de um plano estadual de saúde bucal. Existência de um Plano Estadual de Atenção Oncológica. Ausência de Centro de Especialidades Odontológicas regional. 	<ul style="list-style-type: none"> Credenciamento de serviços de saúde bucal e de oncologia no estado. Câmara Técnica como espaço detentor de poder decisório. Redução do papel da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no credenciamento de equipes de atenção básica. Acordo informal com os laboratórios de patologia oral. Pactuação interestadual para garantia de acesso.
Financiamento das ações de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Existência de financiamento federal da saúde bucal. Congelamento dos valores e desvalorização dos incentivos federais. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. Financiamento por emenda parlamentar. 	<ul style="list-style-type: none"> Limitação dos agentes da Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro frente ao processo de regulação federal. Negociação de remanejamento do escasso teto financeiro de média e alta complexidade entre os municípios.
Qualificação profissional em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Cursos específicos sobre o câncer bucal e outros relacionados indiretamente à essa temática. Existência de programas de telessaúde, teleconsultoria e telediagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> Aspecto mais informativo do que deliberativo das discussões. Parcerias interinstitucionais para realização dos cursos.

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Constituição da rede de saúde

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 serviços; regulação do acesso; e planejamento das ações e serviços.

Observou-se caráter mais informativo e menos discursivo das reuniões. Frequentemente, foi realizada aprovação em bloco de propostas previamente aprovadas pela SES/RJ ou Câmara Técnica Temática. A CIB/RJ atuou de forma mais deliberativa formal garantidora das normas federais e menos propositiva de ações locais. Essa limitação de atuação se assemelha à situação encontrada em

Santa Catarina, onde identificou-se um sistema de governança formalmente estabelecido, mas com fragilidades que revelam problemas na legitimidade desse sistema de governança, o que contribuiu para a posição periférica dada à estruturação da atenção à saúde bucal em rede e à expansão dos serviços caracterizada por indução vertical e sem o reconhecimento contextualizado dos agravos em saúde bucal como guia para o planejamento dos serviços¹³. Assim, o credenciamento das unidades de saúde bucal seguiu a agenda federal. A PNSB favoreceu a organização dos serviços no estado¹⁴, tendo o seu conjunto de regras e recursos alocativos como fator facilitador.

A Câmara Técnica se configurou em um espaço detentor de poder, devido à exigência de um parecer prévio para alguns processos, o que pode ter trazido caráter mais técnico das decisões e reduzido os conflitos⁹. A partir de

julho de 2019, o credenciamento das equipes de atenção primária, incluindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB), passou a não ter mais trâmite obrigatório nas comissões intergestoras. O município solicita diretamente para o MS, cabendo apenas um comunicado à CIB/RJ e à SES/RJ. Isso resulta em redução do poder estadual na relação com os municípios, pois reduz os seus recursos autoritativos para implantação e avaliação dos serviços. Os resultados dessa mudança devem ser acompanhados, pois, como não há a obrigatoriedade da construção de um projeto e aprovação por um colegiado, o credenciamento de novas equipes poderá se basear apenas na disponibilidade de recursos do MS e interesses políticos, reduzindo a influência técnica nas decisões.

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. Com crescimento limitado, os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) entraram em discussão a partir de 2004 e as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) em 2010. Esse processo caracteriza a função indutora das políticas federais no protagonismo da discussão na CIB.

Não houve registros de descredenciamento de ESB, porém houve constante preocupação com a implantação e alcance das metas de produção dos CEO. Em 2007, apenas 3 (três) dos 45 CEO credenciados no estado do Rio de Janeiro atingiram a meta exigida para manutenção dos repasses financeiros. Em 2010, o MS comunicou à SES/RJ os CEO em risco de corte de recurso e, em 2015, foi comunicada a devolução de recursos de implantação de seis CEO não inaugurados. Cabe destacar que, apesar do cumprimento da produção mensal dos CEO ser um problema comum pelo País¹⁵, não há produção mínima exigida para o serviço de diagnóstico bucal, o que pode fazer com que os gestores não se preocupem com os números alcançados por esses serviços.

Outra questão abordada nas reuniões, foi a ausência de CEO que atenda às demandas

regionalizadas, o que dificulta a oferta de serviços de diagnóstico do câncer bucal para municípios de pequeno porte. Esse é um cenário comum no País, onde a maior parte dos CEO se concentra em municípios de grande porte¹⁶.

A única iniciativa estadual não baseada nas estruturas federais, foi o acordo informal com os laboratórios de patologia oral das faculdades públicas de odontologia para emissão de laudos histopatológicos de lesões suspeitas. Entre as motivações relatadas dos gestores, destacam-se a qualificação do diagnóstico, a redução do custo, a qualificação da informação, a diminuição do tempo de espera e a aproximação dos serviços e as faculdades. Além dos aspectos positivos, é necessário se atentar à sustentabilidade da ação, pois apesar das motivações e das circunstâncias favoráveis, a informalidade fragiliza a iniciativa frente aos cortes de investimento nessas faculdades, pois, assim como identificado em Pernambuco¹⁷, os serviços dessas instituições não são compreendidos como parte formal da rede do SUS.

Quanto ao credenciamento de unidades de atenção oncológica, o tempo de discussão sobre os problemas foi mais prolongado. Destacou-se a insuficiência de recursos alocativos, o que trouxe limites na expansão do acesso. Além das dificuldades financeiras, as regras formais para credenciamento das unidades de alta complexidade em oncologia foram constantemente consideradas como restritivas. A obrigatoriedade 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 constantes. 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 PNPCC².

A impossibilidade de credenciamento de novos serviços isolados, associada às dificuldades das unidades em funcionamento, agravou o cenário e influenciou 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.

A Lei nº 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, configurou-se como importante fator motivador para os gestores em facilitar o acesso ao tratamento do câncer, inclusive para o câncer bucal. A preocupação com as implicações legais dessa regra determinou a contratualização dos serviços de oncologia 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. Essa negativa, entretanto, foi repensada a partir de um período de crise do acesso à radioterapia no estado, no ano de 2013. Segundo os relatos das atas, o pequeno número de serviços habilitados fez com que a fila para o tratamento radioterápico no estado alcançasse parâmetros não aceitáveis pelos gestores e pela sociedade, aumentando os casos de judicialização. Esse cenário contribuiu para que fosse firmado um pacto para atendimento da demanda desse serviço com o município de Juiz de Fora, em Minas Gerais. Posteriormente, incluiu-se a quimioterapia nessa mesma tratativa.

Com o 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 para adequação de unidades, pois havia o risco de mais descredenciamento e agravamento do problema. Essa discussão sobre os serviços isolados se manteve em 2019, com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.399 do mesmo ano¹⁸. A redefinição dos critérios e parâmetros para habilitação na alta complexidade em oncologia no âmbito

do SUS manteve os serviços de radioterapia isolados e os serviços de oncologia clínica de complexo hospitalar já habilitados, atendendo a uma demanda da CIB/RJ e, possivelmente, de outros estados brasileiros.

O quadro deficitário de serviços hospitalares para tratamento do câncer bucal impactou especificamente no acesso ao tratamento desse câncer. Em reuniões de 2005, destacou-se a dificuldade de acesso dos usuários ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), que era o único prestador na época. Conforme citado anteriormente, com o acirramento da crise em 2013 e 2014, diante da 'desassistência impiedosa' para esses pacientes, foi proposto o encaminhamento para tratamento em Juiz de Fora-MG. Porém, julgou-se uma opção inviável devido às dificuldades de locomoção dos usuários, haja vista os longos tratamentos e as condições clínicas dos pacientes com câncer.

As regras do SUS, formalizadas em portarias, estabelecem critérios e parâmetros referenciais para a habilitação dos estabelecimentos na alta complexidade em oncologia^{2,18}. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) são estruturas hospitalares que realizam o tratamento dos cânceres mais prevalentes, enquanto os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) realizam de todos os tipos de câncer (não obrigatoriamente os infantis)². Assim, as cirurgias para tratamento do câncer bucal são de realização obrigatória nos Cacon e opcional nas Unacon, sendo recomendado que sejam feitas em unidades com radioterapia¹⁸.

Diante das dificuldades de acesso aos recursos alocativos e das restrições normativas do MS, persistiu-se a insuficiência de serviços no estado do Rio de Janeiro. Mesmo com a expansão da rede ao longo dos anos, ainda é possível verificar a preocupação dos gestores com a dificuldade de acesso. Atualmente, o estado apresenta 30 (trinta) unidades habilitadas, sendo 2 (dois) Cacon, 23 (vinte e três) Unacon, 2 (dois) hospitais gerais com cirurgia

oncológica, 2 (dois) serviços isolados de radioterapia e 1 (um) serviço de radioterapia de complexo hospitalar. Segundo o Plano Estadual de Atenção Oncológica, há déficit de 14 unidades no estado do Rio de Janeiro¹⁹.

A regulação também foi objeto de discussão na CIB/RJ, principalmente a regulação para o tratamento. Devido ao caráter mais municipalista e menos regionalista da atenção primária e secundária em saúde bucal, a regulação do diagnóstico de câncer bucal não fez parte da pauta da CIB/RJ.

A discussão sobre a regulação para o tratamento se intensificou em 2007, quando o processo era compreendido como desordenado, restrito e confuso. Foi proposta a criação de uma central estadual de regulação. As dificuldades da regulação realizada pelo município do Rio de Janeiro a procedimentos de alto custo foram recorrentemente reportadas²⁰. Nesse ano, foi proposta a unificação da fila de espera por tratamento por região de saúde.

A utilização do Sistema Estadual de Regulação poderia, segundo os agentes participantes das reuniões, unificar e facilitar a construção de critérios, prioridades e planejamentos, alterando as relações de poder entre os agentes. A gestão estadual passou a regular o acesso às unidades hospitalares federais, estaduais, municipais, universitárias e/ou contratualizadas em oncologia com o SUS. Apesar da carência de pesquisas, um estudo apontou que essa regulação aumentou o número de internações em microrregiões detentoras de estabelecimentos especializados para tal, sendo analisado como fator positivo²¹.

Quanto ao processo de planejamento, constatou-se a ausência de um plano estadual de saúde bucal. Por isso, o monitoramento das ações dessa área é realizado por meio dos indicadores nacionais inseridos no Plano Estadual de Saúde, destacando-se o percentual de primeira consulta odontológica programática e a cobertura estimada pela saúde bucal na atenção primária. Com isso, perde-se a especificidade do planejamento estadual.

Em relação à oncologia, foi construído um Plano Estadual de Oncologia com metas para

o período de 2017 a 2021. Houve inclusão de indicadores e metas relacionados diretamente com o câncer bucal: (1) apoiar as regiões de saúde na divulgação dos principais sinais e sintomas; (2) estabelecer prioridade para o agendamento dos casos suspeitos; (3) definir protocolo para realização de biópsias; (4) capacitar os profissionais da atenção primária na identificação de alterações nos tecidos da boca; (5) definir protocolo para a regulação dos casos confirmados; (6) avaliar a capacidade instalada para o diagnóstico; e (7) qualificar o monitoramento do diagnóstico precoce das lesões suspeitas¹⁹. O que não é especificado no plano é como, objetivamente, serão credenciados novos serviços para tratamento, diante das dificuldades de financiamento e acesso.

Financiamento das ações de saúde

Nas reuniões foram apresentadas as limitações locais e a importância dos recursos federais. Sabe-se que grande parte dos municípios brasileiros é extremamente dependente do governo federal⁶, mesmo que eles ainda sejam os principais responsáveis pelo custeio da saúde bucal²². Compreender esse tema é determinante, pois, conforme afirma Giddens¹¹, mesmo que os agentes tenham motivação e ampla liberdade de ação, estão restritos pelos recursos estruturais disponíveis.

No que tange à saúde bucal, os agentes se sentiram motivados para a ampliação da rede. Se na primeira metade dos anos 2000 os recursos federais estimularam a expansão na atenção primária e especializada, posteriormente o congelamento dos valores e a consequente desvalorização foram alvos de críticas. O montante de recursos financeiros repassados pela União aos estados e municípios para a saúde bucal em 2017, em valores corrigidos pelo IPCA, é inferior, por exemplo, ao de 2009²³.

Outras iniciativas federais discutidas foram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), iniciado em 2011 e com seu terceiro e

último ciclo em 2015, e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), iniciado em 2013 e com seu segundo ciclo em 2018. Os programas foram compreendidos como ferramentas com dupla motivação: qualificações das ações e financiamento por desempenho. 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, sendo desenvolvidos fóruns, seminários e a criação de grupo técnico para acompanhamento das ações.

Segundo os dados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB no estado, realizado em 2012, dos 92 municípios, 72 aderiram ao PMAQ-AB, sendo avaliadas 605 ESB. 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 os casos, mas somente um pouco mais da metade comprovou com documentos. Sobre a existência de referência para estomatologista, 33% responderam negativamente. Apenas 47,1% afirmaram ter fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca²⁴. Esses resultados, que são bastante próximos à média nacional²⁵, não foram abordados na CIB/RJ de forma a construir uma agenda de ação para melhoria dos processos e seus resultados.

Outra ação que une financiamento e avaliação de desempenho é o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (Prefaps), iniciado em 2020 e com proposta de caráter permanente. É baseado em três componentes: (1) sustentabilidade: repasse frequente de recursos por equipe; (2) expansão: repasse para implantações de equipes; e (3) desempenho: repasse por alcance de metas²⁶. No que se refere ao câncer bucal, a meta é a proporção de ESB 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. Apesar da importância da iniciativa, há dificuldade de acompanhamento mais específico, pois os resultados são calculados e apresentados de forma agregada com os demais procedimentos da atenção primária, além de não refletir a quantidade de procedimentos realizados.

Historicamente, a discussão na CIB/RJ sobre o financiamento da alta complexidade se mantém centrada, principalmente, no gerenciamento do escasso teto financeiro de média e alta complexidade entre os municípios⁸. Como o acesso aos recursos alocativos se limita ao ressarcimento por procedimentos realizados, sua baixa disponibilidade restringe a ampliação de unidades de atenção oncológica. Considerando o déficit de unidades habilitadas para tratamento do câncer no estado¹⁹, caberia ao governo estadual buscar mais recursos federais e buscar, a partir de seus próprios recursos, ampliar a rede de serviços.

A partir de 2016, o financiamento por emendas parlamentares relacionadas à ações e serviços de saúde bucal ou oncologia teve aumento significativo. Se inicialmente as emendas eram limitadas à obras e compra de equipamentos e materiais permanentes, passaram a ser utilizadas como verba de custeio. As transferências para custeio no País passaram de R\$ 240,1 milhões, em 2014, para R\$ 6,6 bilhões em 2018, apresentando aumento de 2.650% no período²⁷. A mudança do caráter autorizativo para impositivo das emendas 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 mais poder na relação. Se anteriormente a emenda parlamentar era um recurso político de moeda de troca do executivo para com o legislativo²⁸, 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 possa gerar mais desigualdades na oferta de serviços de saúde²⁹, incluindo os relacionados ao câncer bucal.

Qualificação profissional em saúde

As ações de qualificação profissional foram abordadas na CIB/RJ de forma mais informativa, apesar de sempre haver uma pactuação *pro forma*, ou seja, apenas uma formalização de decisões já tomadas anteriormente por outros agentes. Houve oferta de cursos específicos sobre o câncer bucal e outros relacionados indiretamente à essa temática. Também foram citados eventos e a estrutura de telessaúde de uma universidade estadual. Houve relatos de ações direcionadas a todos os membros da equipe de saúde bucal da atenção básica e gestores.

Dentre as iniciativas específicas para o câncer bucal, a criação de cursos sobre a detecção precoce das lesões suspeitas pela atenção básica foi recorrente a partir de 2014. Essas ações se justificam pelo 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 profissionais³⁰.

Dentre os cursos com temas não específicos para o câncer bucal, destacam-se: ABC do câncer; registro de câncer; controle e avaliação em oncologia; gestão para a atenção oncológica; gestão de CEO; sistema de informação para a odontologia; manejo odontológico do paciente com câncer; e atendimento ao paciente em radioterapia de cabeça e pescoço. Dessas ações, destacou-se o 'Curso de Manejo odontológico do paciente com câncer', que possui carga horária de 30 horas à distância e 24 horas presenciais e 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 durante três anos vagas para todos os 92 municípios do estado, segundo os registros nas atas CIB/RJ.

Pela análise dos documentos, verifica-se que as ações de qualificação profissional foram desenvolvidas em parcerias interinstitucionais entre a SES/RJ, universidades (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj) e centros de ciência e tecnologia (Inca e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz). 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 avaliação do impacto das ações educacionais.

Os eventos, por sua vez, foram estratégias utilizadas para um público específico, em um curto período. Além de conhecimento técnico, esses eventos buscaram destacar e divulgar ações exitosas, ou novas portarias ou fluxos de interesse para a prevenção e o controle do câncer. Assim como nos casos anteriores, as despesas de deslocamento dos profissionais foram apontadas como principal fator dificultador para os municípios.

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. Essas estratégias, podem servir não apenas para a qualificação do profissional, mas também para facilitar o diagnóstico em locais onde há escassez de profissional especialista. O uso de uma fotografia por um *smartphone*, por exemplo, possui boa concordância e acerto diagnóstico comparável àquele obtido presencialmente³¹. Apesar da importância do tema, não houve novas referências, não sendo possível avançar na análise.

As principais limitações deste estudo se referem à fonte documental, pois torna-se possível analisar apenas o que foi registrado. O dito, mas não escrito, além das articulações extraoficiais, escapam da 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 avaliativos dos resultados das ações.

Considerações finais

Identificou-se que há limitação dos agentes da CIB/RJ no processo de estruturação das ações de prevenção e controle do câncer bucal, apesar dos membros dessa comissão terem acesso aos recursos autoritários que lhes garante poder decisório formal.

A esfera federal, como agente com maior acesso aos recursos alocativos econômicos, amplia e restringe a agência dos secretários estaduais e municipais no processo de construção local do SUS. Apesar de facilitar o acesso a importantes recursos para a oferta de serviços, limita o poder de decisão das demais esferas de governo. Devido a essa limitação estrutural, a CIB, como espaço formal de negociação e decisão estadual, transforma-se, frequentemente, em um espaço meramente 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 as ações e serviços de saúde bucal. Por sua vez, o acesso ao tratamento oncológico, frente aos problemas encontrados cotidianamente e sua característica regionalizada, rendeu debates que podem ter contribuído com a expansão, mesmo que limitada, da rede hospitalar no estado e com a reorganização da regulação.

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

Colaboradores

Lima FLT (0000-0002-8618-7608)* participou da concepção, delineamento do estudo, coleta e análise das informações e redação do artigo. O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)* participou da concepção, delineamento do estudo, análise das informações e redação e revisão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 3 Out 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
4. Lima FLT, O'Dwyer G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(8):3201-13.
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(supl2):S190-S198.
6. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1155-64.
7. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1097-108.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.
9. Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(1):161-70.
10. Cellard A. A análise documental. In: Poupard J, Deslauriers JP, Groulx LH, et al., organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* Petrópolis: Vozes; 2014. p. 295-316.
11. Giddens A. *A constituição da sociedade.* São Paulo: Martins Fontes; 2003.
12. O'Dwyer G. Estudos de políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 173-92.
13. Godoi H, Castro RG, Santos JLG, et al. Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(11):e00184719.
14. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG, 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 Pública.* 2015; 23(4):409-15.
15. Rios LRF, Colussi CF. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde debate.* 2019; 43(120):122-36.
16. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(4):1149-63.
17. Fonte DCB, Siqueira RA, Castro JFL, et al. 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.* 2015; 14(1):575-8.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399 de 2019, de 1 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 Dez 2019.

19. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde; 2017.
20. Lima LD. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis*. 2001; 11(1):199-252.
21. Carroll CB, Gomide M. Análise de redes na regulação do tratamento do câncer do aparelho digestivo. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1):e00041518.
22. Lorena Sobrinho JE, Espírito Santo ACG. Análise dos custos da saúde bucal na atenção primária no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Arq Odontol*. 2013; 49(1):26-31.
23. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE, Chaves SCL, et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(12):4427-36.
24. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, 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. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1573-82.
25. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):140-57.
26. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 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 Maio 2019.
27. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde: texto para discussão. Brasília, DF: Rio de Janeiro: Ipea; 2019.
28. Brasil. Presidência da República. Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União*. 18 Mar 2015.
29. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD, et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(12):2267-79.
30. Silva LGD, Alves ML, Severo MLB, et al. Lesões Oraais Malignas e Potencialmente Malignas: Percepção de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. *Rev Bras Cancerol*. 2018; 64(1):35-44.
31. Fonseca BB, Amenábar JM, Piazzetta CM, et al. Diagnóstico à distância de lesões bucais com fotografias de smartphones. *Rev Assoc Paul de Cirur-Dent*. 2016; 70(1):52-7.

Recebido em 02/12/2021

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

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