

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Julimary Larissa Mendes Ottoni

A ESTOMATOLOGIA E A ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Montes Claros, MG
2021

Julimary Larissa Mendes Ottoni

A ESTOMATOLOGIA E A ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS da Universidade Estadual de Montes Claros/ UNIMONTES como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de concentração: Saúde coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Daniella Reis Barbosa Martelli

Coorientador: Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior

Montes Claros, MG
2021

O91e

Otoni, Julimary Larissa Mendes.

A estomatologia e a odontologia para pacientes com necessidades especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do Sistema Único de Saúde [manuscrito] / Julimary Larissa Mendes Otoni. – Montes Claros, 2021.

92 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Daniella Reis Barbosa Martelli.

Coorientador: Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior.

1. Atenção secundária à saúde. 2. Odontologia em saúde pública. 3. Pesquisa sobre serviços de saúde. 4. Pessoas com deficiência. 5. Medicina bucal. 6. Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. 7. Sistema Único de Saúde – SUS. I. Martelli, Daniella Reis Barbosa. II. Martelli Júnior, Hercílio. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. Antônio Alvimar Souza

Vice Reitora: Profa. Ilva Ruas de Abreu

Pró-Reitora de Ensino: Profa. Helena Amália Papa

Pró-Reitora de Pesquisa: Profa. Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Profa. Sônia Ribeiro Arruda

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Profa. Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-Graduação: Prof. André Luiz Sena Guimarães

Pró-reitoria Adjunta Pós-Graduação: Prof. Carlos Alexandre Bortolo

Coordenadoria de Pós Graduação *Lato-sensu*: Prof. Marcos Flávio Silveira Vasconcelos D'Ângelo

Coordenadoria de Pós Graduação *Stricto-sensu*: Prof. Marcelo Perim Baldo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Profa. Josiane Santos Brant Rocha

Coordenador Adjunto: Prof. Antônio Prates Caldeira



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: JULIMARY LARISSA MENDES OTTONI

DATA: 16/06/2021

HORÁRIO: 14:00

TÍTULO DO TRABALHO: "A ESTOMATOLOGIA E A ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

BANCA (TITULARES)

PROFª DRª DANIELLA REIS BARBOSA MARTELLI (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

PROF. DR. HERCÍLIO MARTELLI JÚNIOR (COORIENTADOR)

PROFª. DRª. DANIELA ARAÚJO VELOSO POPOFF

PROF. DR. PETRÔNIO JOSÉ DE LIMA MARTELLI

ASSINATURAS

Daniella Reiz Barbosa Martelli

Hercílio Martelli Júnior

Daniela Araújo Veloso Popoff

Petrônio José de Lima Martelli

BANCA (SUPLENTES)

PROFª. DRª. JOSIANE SANTOS BRANT ROCHA

PROF. DR. RODRIGO SOARES DE ANDRADE

ASSINATURAS

Josiane Santos Brant Rocha

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br
Telefone: (0xx38) 3229-3292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

Dedico esse trabalho a minha mãe, minha eterna protetora; ao meu esposo, Bruno, meu maior exemplo de dedicação e determinação e ao meu filho, Miguel, aquele que consegue extrair o melhor que há em mim e, mesmo tão pequeno, ser minha maior fonte de força e fé.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me capacita constantemente para seguir no caminho que por Ele já foi traçado.

Ao meu esposo, pelo amor e compreensão nessa caminhada que se uniu a momentos tão importantes (e tensos) de nossas vidas. Sua presença ao meu lado, me fortalece.

Ao meu filho, que desde o nascimento, me revelou que vale a pena lutarmos pelo o que desejamos (seja pela vida, como foi o caso dele, como por quaisquer outros desejos pessoais) e me apresentou a força que carrego dentro de mim mesma.

A minha família, irmãos, cunhadas e sobrinhos, por tornar minha vida mais feliz, em especial, minha mãe, que não mede esforços para me ajudar em qualquer momento e qualquer situação da minha vida.

A minha sogra e sogro, sempre tão disponíveis e presentes em minha vida.

A minha orientadora, Professora Daniella, meu agradecimento e profundo respeito pela seriedade e serenidade nas orientações apesar dos contratemplos e distâncias exigidas do momento e pela sensibilidade de respeitar o momento delicado de vida pelo qual passei.

Ao meu coorientador, Professor Hercílio, pela disponibilidade em ajudar, de maneira ética e profissional, desde minha graduação em Odontologia.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, pela oportunidade de receber dos seus valiosos conhecimentos.

A Professora Verônica, pelo auxílio durante a construção do banco de dados e revisão do conteúdo.

Aos colegas de mestrado, cuja convivência não foi possível até o final, mas foi suficiente para guardá-los com carinho e respeito em minha memória.

Em especial, a minha amiga e colega de graduação e mestrado, Denise, ser iluminado, que se doa sem medida para ajudar ao próximo e que muito contribuiu nesse trabalho.

Agradeço, *in memoriam*, ao meu pai, que deixou ensinamentos tão ricos de simplicidade e empatia e a Cidinha, minha segunda mãe, tenho certeza, que vibra e se emociona com essa conquista!

“A sabedoria oferece proteção,

Como o faz o dinheiro,

Mas a vantagem do conhecimento é esta:

A sabedoria preserva a vida de quem a possui.”

(Eclesiastes 7:12 – Bíblia Sagrada)

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Bucal trouxe a integralidade na odontologia com avanços tanto na atenção básica como na especializada, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O CEO é elemento-chave na configuração da rede com oferta de procedimentos de maior complexidade atuando como referência especializada para a atenção básica e articulador da atenção terciária. No Brasil, a iniciativa governamental vigente de avaliação da atenção secundária é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO). O presente estudo teve o objetivo de descrever o processo de trabalho em rede das especialidades de estomatologia e odontologia para pacientes com necessidades especiais (PNE), no Brasil, sob a perspectiva do PMAQ-CEO. Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa e descritiva, cujas variáveis foram coletadas do banco de dados da etapa de avaliação externa do primeiro ciclo do programa. A estomatologia estava presente em 65,6% dos CEOs e odontologia para PNE em 90%. Menos da metade dos profissionais possuíam formação especializada (estomatologia - 47,9% e PNE - 36,8%). Esses serviços especializados concentravam-se, sobretudo, na região Sudeste e a Norte, possuía a menor média nacional. Houve diferenças regionais na organização dos serviços de referência, porém, observou-se, na maioria dos CEOs: protocolos clínicos que orientavam os encaminhamentos para estomatologia (57,8%) e PNE (66,7%); acesso ao CEO por referenciamento (57,3%) e pacientes encaminhados com termo por escrito ou por meio eletrônico tanto para a estomatologia (61,7%) como para PNE (75,6%). A contrarreferência ocorria por meio de ficha específica (86,2%). Quanto à educação permanente, 49,5% das equipes avaliadas participavam da ação. O tema câncer de boca era abordado por 54,5% das equipes, no matriciamento. O procedimento de biópsia era realizado pela maioria das equipes avaliadas (82,4%). Cerca de 60% de todos os serviços possuía referência hospitalar para tratamento odontológico sob anestesia geral/sedação, sendo a média de encaminhamento hospitalar, um a quatro usuários/mês. A região Nordeste foi a que apresentou menor número de equipes com referência pactuada para tratamento hospitalar (43,4%). Foram observadas desigualdade na distribuição geográfica dos CEOs e profissionais que atuam em ambas as áreas e ausência de referência hospitalar para os casos que demandam tratamento odontológico sob anestesia geral/sedação em algumas localidades, fatores estes que podem representar barreira no acesso aos serviços. Há necessidade de incentivar a educação permanente, assim como a abordagem ao câncer de boca nas ações de matriciamento. As fragilidades inerentes à organização do

serviço em rede apontam para necessidade de fortalecimento dos mecanismos de gestão, considerando que os princípios de regionalização e hierarquização no planejamento em saúde podem diminuir as desigualdades na oferta do cuidado.

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde. Odontologia em saúde pública. Pesquisa sobre serviços de saúde. Pessoas com deficiência. Medicina bucal.

ABSTRACT

The National Oral Health Policy brought integrality in dentistry with advances in both primary and specialized care, with the implantation of the Dental Specialties Centers (CEO). The CEO is a key element in the configuration of the network, offering more complex procedures, acting as a specialized reference for primary care and articulating tertiary care. In Brazil, the current governmental initiative for evaluating secondary care is the National Program for Improving Access and Quality of Dental Specialization Centers (PMAQ / CEO). The present study aimed to describe the networking process of the specialties of stomatology and dentistry for patients with special needs (PNE), in Brazil, from the perspective of the PMAQ-CEO. This is a cross-sectional study, of a quantitative and descriptive nature, whose variables were collected from the database of the external evaluation stage of the first cycle of the program. Stomatology was present in 65.6% of CEOs and dentistry for PNE in 90%. Less than half of the professionals had specialized training (stomatology - 47.9% and PNE - 36.8%). These specialized services were mainly concentrated in the Southeast and the North, with the lowest national average. There were regional differences in the organization of reference services, however, it was observed, in most CEOs: clinical protocols that guided referrals to stomatology (57.8%) and PNE (66.7%); access to the CEO by referral (57.3%) and patients referred with a term in writing or electronically both for stomatology (61.7%) and for PNE (75.6%). The counter-reference occurred through a specific form (86.2%). As for permanent education, 49.5% of the teams evaluated participated in the action. The theme of oral cancer was addressed by 54.5% of the teams, in the matrix. The biopsy procedure was performed by most of the teams assessed (82.4%). About 60% of all services had a hospital reference for dental treatment under general anesthesia / sedation, with the average hospital referral being one to four users / month. The Northeast region was the one with the lowest number of teams with reference agreed for hospital treatment (43.4%). Inequality was observed in the geographical distribution of CEOs and professionals working in both areas and the absence of a hospital reference for cases that require dental treatment under general anesthesia / sedation in some locations, factors that can represent a barrier to access to services. There is a need to encourage permanent education as well as the approach to oral cancer in matrix support actions. The weaknesses inherent to the organization of the network service, point to the need to strengthen the management mechanisms considering that the principles of regionalization and hierarchy in health planning can reduce inequalities in the provision of care.

Keywords: Secondary care. Public health dentistry. Health services research. Persons with Disabilities. Oral medicine.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção básica

AE - Atenção Especializada

AVE - Avaliação Externa

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

CF - Constituição Federal

CFO - Conselho Federal de Odontologia

EPS - Educação permanente em saúde

ESB - Equipe de saúde bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária

PcD - Pessoas com deficiência

PMAQ/CEO - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

PNE - Paciente com necessidade especial

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RASB - Rede de Atenção em Saúde Bucal

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SIA-SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Módulos da Avaliação Externa do PMAQ/CEO	34	
Artigo 1		
Quadro 1 – Perguntas utilizadas do módulo II do 1º ciclo do PMAQ/CEO, 2014	53	
Tabela 1 – Elementos relacionados à organização dos fluxos dos usuários para a especialidade de estomatologia dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil..		55
Artigo 2		
Quadro 1 – Perguntas selecionadas do módulo II da avaliação externa do PMAQ/CEO....	70	
Tabela 1 - Perfil relacionado à condição de saúde dos pacientes atendidos na especialidade Odontologia para Pacientes Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014		73
Tabela 2 – Organização dos fluxos de referência para a especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais		74
Tabela 3 - Elementos relacionados à atenção odontológica hospitalar as pessoas com deficiência.....		75

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo 1

Gráfico 1 - Percentual de profissionais que atuam na assistência estomatológica segundo formação profissional no Brasil e sua distribuição por macrorregião geográfica..... 54

Gráfico 2 – Abordagem ao câncer de boca nas ações de matriciamento dos profissionais dos centros de especialidades odontológicas junto às equipes da atenção básica..... 56

Artigo 2

Gráfico 1 – Distribuição dos centros de especialidades odontológicas pelas macrorregiões brasileiras, Brasil, 2014 71

Gráfico 2 - Qualificação profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na especialidade odontologia para pacientes especiais nos centros de especialidades odontológicas..... 72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Marco histórico da saúde bucal no SUS	17
2.2 Centros de Especialidades Odontológicas	19
2.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal	20
2.3.1 Referência e Contrarreferência	22
2.3.2 Educação Permanente e Apoio Matricial.....	24
2.4 Assistência estomatológica e a atenção ao câncer de boca	26
2.5 Atendimento às pessoas com deficiência	28
2.6 Avaliação em saúde	32
2.6.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO)	32
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo Geral	36
3.2 Objetivos Específicos	36
4 METODOLOGIA	37
4.1 Delineamento do estudo	37
4.2 Fonte de dados e cenário do estudo	37
4.3 Coleta dos dados	37
4.4 Análise dos dados	38
4.5 Aspectos éticos	38
5 PRODUTOS CIENTÍFICOS	39
5.1 Artigo 1	40
5.2 Artigo 2	57
6 PRODUTOS TÉCNICOS	76
6.1 Produto técnico I	76
6.2 Produto técnico II	77
7 CONCLUSÕES	78
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	88

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a odontologia é uma profissão à margem das políticas públicas de saúde, de difícil acesso aos brasileiros e que atua no setor privado em um modelo individual e prioritariamente curativista (BRASIL, 2016). Esse cenário impactou negativamente os indicadores epidemiológicos e de acesso à saúde bucal e deixou um legado de desconfiança na resolutividade do sistema por parte dos usuários (GONÇALVES *et al.*, 2015).

O lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, impactou o setor público com a criação de novos campos de trabalho tanto na Atenção Básica (AB), com a expansão das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF); quanto no nível secundário, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (BRASIL, 2016). Houve também investimento no nível hospitalar, destacando-se a atenção às pessoas com neoplasias bucais e os pacientes especiais que necessitam de anestesia geral. Isso significou a introdução da integralidade em saúde bucal como direito do cidadão (BRASIL, 2018).

A PNSB deu início à implantação de uma Rede de Atenção em Saúde Bucal (RASB) que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais, favorecendo a efetivação do cuidado integral em saúde bucal (BRASIL, 2018).

Na RASB, definem-se como pontos de Atenção Especializada (AE) Ambulatorial e Hospitalar, respectivamente, os CEOs e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca (BRASIL, 2018). Para suporte de apoio e diagnóstico, a rede também é estruturada com serviços de análise de exames histopatológicos, para emissão de laudos anatomopatológicos e Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) (CARRER, 2019).

Considerando que o CEO é um elemento estruturante da atenção secundária em saúde bucal e, dado o importante papel que desempenha na redução das iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados, esses estabelecimentos requerem avaliação contínua que direcione a melhorias na qualidade da atenção (MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015).

As avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, no país, estão em fase incipiente de construção de evidência, pouco incorporada às práticas, com um caráter quase sempre burocrático. Apesar disso, crescem as iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais (FIGUEIREDO; GOES; MARTELLI, 2016).

No Brasil, a iniciativa governamental vigente é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), implementado pelo Ministério da Saúde. O programa reúne estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação dos CEOs, desde infraestrutura e insumos, a questões ligadas ao processo de trabalho, com objetivo de contribuir na melhoria do cuidado prestado pela atenção secundária e ampliação do acesso aos serviços odontológicos especializados (BRASIL, 2013a).

A análise dos dados secundários do PMAQ-CEO permite a realização de estudos de base populacional e com abrangência nacional, colaborando com o processo de avaliação e planejamento público em saúde pela identificação dos problemas que emergem das vivências e da prática, assim como permitem elucidar avanços da PNSB nos serviços de média complexidade (FREITAS *et al.*, 2016). Diante disso, verifica-se a importância de descrever o processo de trabalho em rede das especialidades odontológicas sob a perspectiva do PMAQ-CEO.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Marco histórico da saúde bucal no SUS

A Constituição Federal (CF) de 1988 é o marco histórico da proteção constitucional à saúde, reconhecendo no art. 196, a “saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990a). A CF conferiu o desenho do que seria o SUS que posteriormente, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal 8080, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do SUS (BRASIL, 1990b), bem como a Lei Federal 8142, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, (BRASIL, 1990c).

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde, constituindo um marco na transformação do modelo assistencial brasileiro, em que práticas centradas na doença e hospitalocêntricas foram substituídas por práticas coletivas com foco na promoção da saúde e valorização da participação da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Pouco mais de dez anos depois, o PSF passa a ser considerado estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e ordenadora da rede de atenção à saúde e passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

A inclusão da saúde bucal na ESF concretizou-se com a Portaria 1444/GM de 28 de dezembro de 2000, na qual o Ministério da Saúde determinou o incentivo financeiro à ESB/ESF (BRASIL, 2000). A inserção da ESB na ESF levou a grandes mudanças nos serviços odontológicos. Essa nova forma de atuação com foco na família e trabalho multiprofissional conduziu à consolidação de um novo modelo de atenção em saúde bucal (MUNKEVIZ; PELICIONI, 2010).

No entanto, os serviços de atenção secundária e terciária não acompanharam a expansão da AB. Em 2004, a assistência odontológica pública no Brasil restringia-se quase que completamente aos serviços básicos e os serviços odontológicos especializados correspondiam a não mais que 3,5% do total de procedimentos clínicos. A baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometia o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal (BRASIL, 2018). Assim, com a expansão do conceito de AB, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fez-se necessários, também, investimentos que propiciassem o aumento do acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004a).

O levantamento epidemiológico denominado Projeto Saúde Bucal Brasil, realizado em 2003, serviu de base para a construção da PNSB – Brasil Sorridente lançada em 2004 (BRASIL, 2004b). A PNSB constitui o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas na odontologia com medidas que garantem ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros de todas as idades e prevê uma série de ações para facilitar e ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito (BRASIL, 2004a; PUCCA JUNIOR; LUCENA; CAWAHISA, 2010; SCARPARO *et al.*, 2015; BRASIL, 2016).

A PNSB apresenta como principais linhas de ação a reorganização da AB (especialmente por meio das equipes ESB/ESF), da Atenção Especializada (AE) ambulatorial (por meio da implantação de CEO e LRPD), a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal. Também houve investimento na organização da atenção hospitalar, destacando-se a atenção às pessoas com neoplasias bucais e aos pacientes especiais que necessitam de anestesia geral (BRASIL, 2016).

Nesse mesmo período, emerge o processo de discussão e planejamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a finalidade de proporcionar o dimensionamento dos serviços de saúde a partir do reconhecimento das necessidades da população e da integralidade do cuidado, trazendo a importância do fortalecimento da AB e da articulação com os demais pontos de atenção (CARRER, 2019).

2.2 Centros de Especialidades Odontológicas

A PNSB impulsionou grandes mudanças na saúde bucal por meio da reorganização da AB e aumento do acesso à atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Isso gerou avanços na resolutividade dos problemas odontológicos e no desenho da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). Em especial no que confere a implantação dos CEOs, significou uma garantia da integralidade nas ações de saúde bucal (BRASIL, 2016; CARRER, 2019).

Os CEOs são estabelecimentos que prestam serviços especializados em saúde bucal minimamente nas especialidades de endodontia; periodontia; estomatologia, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; cirurgia e atendimento a pessoas com deficiência. São classificados como: Tipo I, quando apresentam três cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre quatro a seis cadeiras, e Tipo III, acima de sete cadeiras. Independente do tipo, todos os CEOs devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (BRASIL, 2017a).

Esses estabelecimentos atuam como serviços de referência para os casos em que haja maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na AB, por se esgotarem as possibilidades de intervenção nesse ponto de atenção sejam por motivos técnicos e/ou de infra-estrutura (BRASIL, 2018). Os tratamentos oferecidos nos CEOs são, portanto, uma continuidade do cuidado prestado pela AB que é a principal porta de entrada do sistema, ordenadora da rede e responsável pela atenção à saúde bucal da população (CARRER, 2019). Em vista disso, é importante garantir o retorno do usuário a AB para conclusão do tratamento e manutenção da sua saúde bucal. Uma boa integração AB/AE é a garantia da continuidade do cuidado e da qualidade da atenção (LUVISON *et al.*, 2016).

O primeiro CEO foi inaugurado em Sobral - CE, no ano de 2004. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) revelam que houve um aumento de 82% em 10 anos no número de CEOs implantados no país: passou de 853 em 2010 para 1035 em 2015 alcançando 1553 unidades habilitadas em agosto de 2020, sendo 870 CEO tipo I, 505 CEO tipo II e 178 CEO tipo III (CNES, 2020).

A expansão do número de CEO observada nos últimos anos, bem como de outros serviços como os LRPD, permite identificar tais unidades como importantes pontos na configuração da RASB nos estados e municípios, com potencial expressivo de garantir a integralidade do cuidado (PINTO *et al.*, 2016; BRASIL, 2018). No entanto, a evolução da implantação de CEO no Brasil aponta uma distribuição espacial com vazios assistenciais em relação à atenção especializada, em especial nas macrorregiões Norte e Centro-oeste que concentram, respectivamente, 5% e 7,1% de todos os CEOs do país (CNES, 2020).

De forma semelhante, os cirurgiões-dentistas também não se distribuem de maneira uniforme em relação às especialidades mínimas (AROUCA *et al.*, 2012), o que pode representar barreira ao acesso a alguma especialidade específica em determinadas localidades. Tal fato provavelmente esteja relacionado com as diferentes demandas em relação aos serviços especializados. Quase um terço dos profissionais que são referência nas diversas especialidades do CEO atua em endodontia, seguido das especialidades de cirurgia, periodontia e odontologia para pacientes com necessidades especiais. A especialidade estomatologia é a que incorpora um menor percentual de profissionais (HERKRATZ, 2016).

Os CEOs atuam na rede por mecanismos de referência e contrarreferência, apoio matricial e educação permanente em saúde, como instrumentos para assegurar a integralidade do atendimento. Assim, não é suficiente a implantação de CEO, mas necessário que estes serviços instalem-se, por um lado, como referência a AB, e por outro, como articuladores da atenção terciária em saúde bucal contribuindo assim, para a materialização da RASB (BRASIL, 2018).

2.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal

Na RAS, o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção com um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Todos os pontos de atenção são igualmente importantes e têm a AB como referência central, ordenadora de toda a rede (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; MENDES, 2011).

A rede assistencial de saúde bucal articula não apenas os três níveis de atenção, mas ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais (BRASIL, 2004a). A articulação entre os pontos de atenção à saúde no SUS, considerando os princípios de regionalização e hierarquização, é imprescindível para a operacionalização do sistema público de saúde brasileiro, a fim de se evitar uma sobrecarga dos municípios decorrente do processo de descentralização (BRASIL, 2018).

A AE ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos agravos de saúde da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Na RASB, definem-se como pontos de AE ambulatorial e hospitalar, respectivamente, os CEO e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca (BRASIL, 2018).

A AB se responsabiliza pelo fluxo de acesso dos usuários aos CEOs, por meio de critérios pré-definidos e protocolizados. Após a conclusão do tratamento especializado, o usuário deverá ser reencaminhado à AB pela atenção secundária. Além das ações e procedimentos clínicos, será justamente nesta interface AB/AE que ocorrerá muitas atividades que constituem o processo de trabalho em saúde bucal nos CEOs (SILVA *et al.*, 2016).

A rede também é estruturada com serviços de análise de exames histopatológicos, para emissão de laudos anatomopatológicos e Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) (CARRER, 2019).

Os serviços de alta complexidade abrangem atendimento hospitalar de pacientes internados com tumores maxilofaciais benignos, pessoas com deficiência que necessitam de tratamento sob anestesia geral, atendimento a pacientes em quimioterapia ou radioterapia e pacientes crônicos admitidos para procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2018).

Mello e colaboradores (2014) apontaram dentre outros motivos a fragilidade do cumprimento das atribuições relativas à AB como obstáculo à plena inserção do cuidado à saúde bucal na rede. Além disso, destacaram que o cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares necessitam conhecer os pontos de atenção e fluxos para que utilizem de maneira adequada e aproveitem ao máximo a oferta de serviço. Isto pode ser estimulado via educação permanente,

especialmente em municípios de menor porte, distantes das instituições formadoras tradicionais (MELLO *et al.*, 2014).

A seguir, serão apresentados elementos que contribuem e/ou afetam o fortalecimento da RASB e seu efetivo funcionamento, tais como: o sistema de referência e contrarreferência, as ações de educação permanente e apoio matricial.

2.3.1 Referência e Contrarreferência

A regulação da assistência vai além do gerenciamento de vagas disponibilizadas pela AE para a AB. Abrange a integração entre os pontos de atenção da rede, o que contribui para o controle organizacional, qualidade e para a garantia da integralidade. Portanto, para que ocorra a efetivação das ações em rede é necessário que haja organização no serviço de referência, ou seja, o encaminhamento de um ponto de atenção de menor densidade tecnológica para um de maior densidade tecnológica, e contrarreferência, que representa esta dinâmica no sentido oposto (SOUZA *et al.*, 2015). A Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, estabelece que as referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, devem ocorrer por meio de fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008a).

O Manual de Especialidades em Saúde Bucal elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2008, objetivou colaborar no estabelecimento de critérios de encaminhamento entre a AB e os CEOs (BRASIL, 2008b). Para o aproveitamento desse documento, deve haver discussão entre os atores envolvidos nos locais onde se implementam suas práticas e capacitação profissional por meio do estímulo à educação permanente e maior cobertura, a fim de satisfazer as demandas e necessidades população (SOUZA *et al.*, 2015).

Embora a situação desejável não exista nos serviços de saúde, é importante ter em mente que a interface ideal entre AB/AE deve considerar características como a equidade, integralidade, eficácia e eficiência. A interface da equidade pode ser definida quando todos os casos, diagnosticados com necessidade de atenção de um nível de maior complexidade são referenciados e não há barreiras para esse atendimento. A integralidade se faz quando todo

tratamento requerido está disponível e acessível, seja na AB ou na AE ou hospitalar, e o fluxo entre os níveis, facilmente conseguido. Uma interface eficiente e eficaz deve garantir referências apropriadas e devidamente oportunas e contrarreferência para a AB de forma adequada para continuidade do acompanhamento (MORRIS; BURKE, 2001).

O atendimento prévio e encaminhamento pelo cirurgião-dentista da AB é fator determinante para a integralidade em saúde bucal, uma vez que, a chance de o usuário retornar a esse nível de atenção é consideravelmente maior em relação à ausência dessa referência (SOUZA *et al.*, 2015). Sendo assim, a AB deve encaminhar ao CEO os casos de maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na AB, por se esgotarem as possibilidades de intervenção nesse ponto de atenção por motivos técnicos e/ou de infraestrutura (BRASIL, 2018).

Ressalta-se que a taxa de referenciamento é influenciada tanto pelas necessidades dos usuários, como pelas habilidades técnicas do profissional da AB: quanto maior sua capacidade técnica e de diagnóstico, menor a taxa de referenciamento (SILVA; GOTTEMS, 2017).

Na mesma lógica de organização do fluxo, são referenciados para a AE hospitalar os pacientes impossibilitados de receber atendimento na AB ou no CEO devido às suas necessidades mais complexas. Como exemplo tem-se os pacientes comprovadamente com câncer na região de cabeça e pescoço, ou que apresentem tumores ou lesões que requerem abordagem cirúrgica e pessoas com deficiência que necessitam de atendimento sob anestesia geral e/ou sedação (BRASIL, 2018).

O apoio matricial e a educação permanente das ESB são importantes ferramentas na elaboração de diretrizes e protocolos que direcionem o acesso, estabelecimento de fluxos e, inclusive, a produção de avaliações que contribuem na definição do papel a ser exercido tanto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto pelos CEOs na construção das ações de cuidado (SANTIAGO *et al.*, 2016) e serão abordados a seguir.

2.3.2 Educação Permanente e Apoio Matricial

O modelo de atenção que adota a RAS demanda mudanças permanentes no processo de trabalho, envolvendo tanto os profissionais e gestores quanto os usuários no estabelecimento de práticas transformadoras. Nesse contexto, a formação dos trabalhadores em saúde é um elemento essencial, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e contribuir com a organização do trabalho (BRASIL, 2018).

Em 2004, o governo federal instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) que tornou a educação permanente em saúde (EPS), a principal estratégia institucional para a qualificação dos profissionais do SUS (BRASIL, 2007).

A EPS é um processo pedagógico que contempla a aquisição e/ou atualização de conhecimentos/habilidades e o aprendizado de parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho identificando assim, a potência dos movimentos gerados pelos trabalhadores para transformar e melhorar processos, seja na gestão, na atenção, na formação ou no controle social da saúde. Essa modalidade de educação entende os processos de trabalho como práticas pedagógicas trazendo o cotidiano como eixo central da aprendizagem dos trabalhadores (BRASIL, 2018).

Portanto, a EPS parte de um planejamento educativo ascendente onde a análise coletiva dos processos de trabalho é contemplada na identificação dos problemas a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM; FERLA, 2008). A EPS pode ocorrer por meio da participação em seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão, cursos presenciais ou à distância, dos programas e aulas de telessaúde, de processos de tutoria/preceptoria ou de troca de experiências (SILVA *et al.*, 2016).

Ao tomar o processo de trabalho como objeto de investigação e mudança, a EPS contribui na diminuição da alienação e da burocratização, amplia a capacidade de reflexão dos

trabalhadores, favorece o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização, fomentando autonomia e criatividade com responsabilidade profissional (BRASIL, 2015a).

O matriciamento ou apoio matricial é uma metodologia de trabalho que auxilia na construção compartilhada de diretrizes clínicas em que duas ou mais equipes criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica a fim de aumentar a capacidade de resolução de problemas de saúde da equipe primariamente responsável pela assistência (BRASIL, 2011b). Trata-se, portanto, de uma metodologia de educação e formação no qual se combinam diferentes saberes na construção compartilhada de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica em um espaço coletivo de cogestão (BRASIL, 2018).

Conseqüentemente, na relação AB/CEO, essa ferramenta promoverá aumento da comunicação entre os profissionais de saúde e, entre estes e os usuários, para que participem ativamente da elaboração dos seus projetos terapêuticos (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). Isso reflete, portanto, na individualização dos sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ressalta-se que as equipes de especialistas do CEO podem contribuir com apoio matricial às ESB/AB no desenvolvimento de novas competências e habilidades, pelo fato de possuírem, em sua maioria, formação complementar relacionada ao trabalho que desenvolvem no CEO (BRASIL, 2018). Por outro lado, pela diversidade dos serviços especializados ofertados na atenção secundária, é comum que a equipe do CEO também apresente demandas diversificadas de apoio de outros profissionais, em especial, na resolução de casos considerados complexos. O apoio matricial não deve se referir apenas a um processo de reforço às especialidades, mas, a construção de fluxos interligados cuja finalidade é a garantia da integralidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2016).

O apoio matricial e a educação permanente são, portanto, ferramentas com potencial para a organização do trabalho das equipes de saúde bucal do CEO. Nessas ações, a responsabilidade da gestão é preponderante, incentivando a participação ativa dos envolvidos, mas, a implicação dos profissionais é decisiva para o fortalecimento do processo de trabalho (SILVA *et al.*, 2016).

2.4 Assistência Estomatológica e Atenção ao Câncer de Boca

A especialidade de estomatologia tem como objetivo a prevenção, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento das doenças próprias do complexo maxilomandibular. Cabe também à especialidade a observação e tratamento de manifestações bucais que possam estar relacionadas a doenças sistêmicas e das repercussões bucais do tratamento antineoplásico (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012). É no seu âmbito que se procede o diagnóstico de doenças através de biópsias, bem como cirurgias para remoção de lesões benignas e diagnóstico diferencial de tumores malignos (ROHDEN; COSTA; SILVA, 2013).

A Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria 599/GM, de 23 de março de 2006), estabelece que todo CEO deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecidas, atendimento em estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal sem contudo, exigir formação específica para atuação na especialidade (BRASIL, 20017a). Portanto, compete à atenção secundária o diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica (nível ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia (BRASIL, 2008b).

Ressalta-se, no entanto, que a AB é responsável pelo diagnóstico e tratamento de lesões prevalentes da mucosa bucal, desde que a equipe se sinta capacitada para esse atendimento. Sendo assim, casos de maior complexidade de procedimento, sejam eles de origem inflamatória, neoplásica, infecciosa, auto-imune ou outros, que não possam ser realizados na AB, por motivos técnicos e/ou de infraestrutura deverão ser encaminhados ao CEO sem que se perca a continuidade do cuidado na atenção básica. Atenção especial deve ser dada àqueles usuários com lesões malignas ou com forte suspeita de malignidade, situação essa em que o acesso deve ser imediato (BRASIL, 2018).

A ênfase da assistência estomatológica no diagnóstico e na detecção do câncer de boca justifica-se na epidemiologia da doença. O câncer de boca, denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca), está entre as principais causas de óbito por neoplasias (AMERICAN CANCER

SOCIETY, 2020). No Brasil, ocorreram em 2017, 4.923 óbitos em homens e 1.372 óbitos em mulheres. Estimam-se 11.180 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres para cada ano do triênio 2020-2022 no país, ocupando a quinta posição entre todos os cânceres mais frequentes no sexo masculino e a 13ª entre o sexo feminino (INCA, 2019).

Apesar de tratar-se de uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce, representa uma causa importante de morbimortalidade, uma vez que, mais de 50% dos casos é diagnosticado em estágios avançados. Os pacientes geralmente demoram a procurar aconselhamento profissional, em média, por períodos de até três meses depois de ter conhecimento de qualquer sintoma oral que poderia estar ligado ao câncer de boca (BRASIL, 2018).

Autores atribuem essa demora a fatores relacionados ao paciente, ao profissional ou ao sistema de saúde, tais como: desconhecimento e falta de percepção dos sinais e sintomas pelo paciente; ignorância sobre seus fatores de risco; ausência de exame clínico rotineiro da boca pelos profissionais de saúde; e falta e/ou precariedade de assistência médica e odontológica (SOARES *et al.*, 2015).

A biópsia, principal procedimento diagnóstico para os cânceres de lábio e cavidade oral, é contemplada na produção mínima mensal de procedimentos dos CEOs estabelecida pela Portaria no 1.464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a). A realização desse procedimento e encaminhamento das peças cirúrgicas para análise anátomo-histopatológica envolve uma série de procedimentos e intervenções clínicas que geram a necessidade de trabalho integrado com laboratórios e hospitais. Assim, é fundamental que a gestão dos CEOs promova um processo de discussão destas ações para definição dos procedimentos e adoção de protocolos de forma a contribuir na organização dos fluxos que esse procedimento demanda (SILVA *et al.*, 2016).

Para que o impacto desse procedimento atinja o cenário epidemiológico atual da doença é necessário um efetivo planejamento e monitoramento contínuo das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento cujas informações devem subsidiar o planejamento e a programação local, visando a uma melhor utilização dos serviços de saúde. Ademais, é importante que os gestores mapeiem a rede de atenção à saúde e estruturem os fluxos de referência, de acordo

com a realidade local e os protocolos de acesso. Assim, será possível evitar a sobrecarga de estabelecimentos de maior complexidade, como hospitais, para realização de procedimentos simples, passíveis de serem feitos na AB e na AE (INCA, 2016).

Cumprir lembrar que o atendimento de referência para as lesões no sistema estomatognático de etiologia diversa nos CEOs não deve inviabilizar o atendimento desses pacientes pela equipes da AB (BRASIL, 2008c). Isso se deve ao fato de a AB, como porta de entrada de todo o sistema de saúde, ser um espaço privilegiado de ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012), medidas essas que são as mais eficazes de que se dispõe para melhorar o prognóstico do câncer e, conseqüentemente, aumentar a taxa de sobrevivência (BRASIL, 2018).

2.5 Atendimento às Pessoas com Deficiência

A CF de 1988 pode ser considerada o marco legal no que se refere à atenção à pessoa com deficiência (PcD). No artigo 23, inciso II, a CF estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios são responsáveis por “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 1990a).

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência promulgada pelo Estado brasileiro, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 define: “pessoa com deficiência é aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009).

Dados do Censo Demográfico 2010 revelaram mais de 45,6 milhões de brasileiros acometidos por alguma deficiência visual, auditiva, mental e/ou motora o que corresponde à aproximadamente 24% da população brasileira. A maior concentração de pessoas com pelo menos uma dessas deficiências reside no Nordeste do país, representando 26,6% da população da região (IBGE, 2010).

A especialidade de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) reconhecida em 2001 pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) traz na resolução CFO 22/2001, seção XI, artigo 31: “...é a especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como percepção e atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e de áreas correlatas com o paciente” (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2001).

Portanto, a especialidade de odontologia para PNE abrange tanto o atendimento a pessoas com deficiência (PcD), definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04, como qualquer usuário que apresente condições que demandem atenção odontológica especial (BRASIL, 2008c).

Assim, as razões das necessidades especiais para atenção odontológica são variadas, incluindo as doenças hereditárias, as alterações congênitas, as alterações que ocorrem durante a vida, como as condições sistêmicas, as alterações comportamentais, o envelhecimento, entre outras (BRASIL, 2008b). A prevalência de pessoas que necessitam de atenção e cuidados especiais pelo cirurgião-dentista em sua prática clínica é, portanto, superior às pessoas com deficiência consideradas pelo IBGE (HADDAD *et al.*, 2016).

Nesse sentido, dentro da compreensão de pacientes que demandam atenção especial na odontologia, há de se considerar, por exemplo, as projeções populacionais do Brasil sobre o envelhecimento da população: a esperança de vida ao nascer passou de 71,2 anos em 2003 para 74,9 anos em 2013, o que traz consigo desafios relacionados à saúde (BRASIL, 2015b). O aumento da expectativa de vida tem possibilitado que as causas das deficiências estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vasculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros com destaque para as doenças cerebrovasculares que apresentam potencial altamente incapacitante (BRASIL, 2008e).

Outra condição que por si, demanda atenção especial é a gravidez. As gestantes são consideradas pacientes especiais, de risco transitório na odontologia (MARTINS *et al.*, 2013) cujo atendimento é um assunto controverso, em função dos mitos baseados em crenças, tanto por parte das gestantes quanto do profissional que não se sente seguro em atendê-las (DA

SILVA *et al.*, 2006; CASTRO *et al.*, 2010). O Ministério da Saúde orienta que o atendimento das gestantes de alto risco (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão descontrolada) pode requerer que profissionais da AB acionem os profissionais do CEO para matriciamento ou consulta conjunta; ou, caso identificada a necessidade de cuidado especializado, realizar o encaminhamento para o CEO ou AE hospitalar (BRASIL, 2018).

A Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006) estabelece que todo CEO deva realizar atendimento a PcD (BRASIL, 2017a). A Portaria nº. 600/GM, de 23 de março de 2006, define os seguintes quantitativos mensais de procedimentos de atenção básica nos CEOs: CEO tipo I - 80 procedimentos/mês; CEO tipo II - 110 procedimentos/mês; e, CEO tipo III - 190 procedimentos/mês. Estes procedimentos de atenção básica em CEOs, só se justificam na realização de atendimentos a esse grupo de pacientes (BRASIL, 2006).

Quanto às medidas relacionadas aos cuidados de saúde desses indivíduos foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) em 2002, e o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limites, em 2011. No que diz respeito à odontologia, o Plano Viver sem Limite estabelece: aumento em 20% no financiamento do SUS para 420 CEOs para atendimento às PcD; adequação física e aquisição de equipamentos para 27 centros cirúrgicos em hospitais gerais; além de capacitação para ESB por meio da qualificação de seis mil e seiscentos profissionais da odontologia do serviço público brasileiro para atendimento de PcD (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2011c).

A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 793/2012), instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS, contemplando ações de saúde bucal nos estados e municípios. Com o objetivo de garantir acesso e atendimento odontológico irrestrito às pessoas com deficiência, traz em seu artigo 22º, seção III: “ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim” (BRASIL, 2017b).

A RCPD se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado as PcD, devendo esse atendimento ser iniciado na AB, que referenciará para a atenção especializada (CEO) ou atenção hospitalar (atendimento odontológico sob anestesia geral) os casos que apresentarem

necessidades especiais para o atendimento e retorno (contrarreferência) para a AB para consultas frequentes de manutenção (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018). A UBS é o local por excelência do atendimento a esses pacientes, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade (BRASIL, 2008c).

A consolidação da RCPD pauta-se, portanto, em parte, na capacidade de articulação entre os pontos de atenção (AB; AE ambulatorial e AE hospitalar) a fim de superar lacunas assistenciais e organizacionais no que confere aos cuidados integrais à saúde das PcD (PEREIRA; MACHADO, 2016).

A Portaria Ministerial nº 1.341, de 29 de junho de 2012, criou incentivos adicionais para os CEOs que fizerem parte da RCPD. Todos os CEOs credenciados pelo Ministério da Saúde podem solicitar o incentivo. Para tanto, estes precisam cumprir os seguintes compromissos mínimos: disponibilizar 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a PcD; realizar apoio matricial para as ESB/AB, no tocante ao atendimento e encaminhamento de PcD que necessitam de atendimento odontológico especializado; manter alimentação regular e consistente da informação de produção do CEO por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) (BRASIL, 2012c).

Essas conquistas têm importante significado, uma vez que, historicamente o atendimento odontológico a esse grupo de pessoas é marcado por uma atenção desorganizada e sem continuidade e predominantemente emergencial, em hospitais e instituições de caráter filantrópico (BRASIL, 1992). Ademais, por apresentarem, muitas vezes, dificuldades físicas ou cognitivas, as PcD possuem um alto índice de cárie e gengivite, justificado pela incapacidade de higienização (HADDAD, 2007). Somam-se a isso, outras complicações comuns como anormalidades de oclusão, dieta cariogênica, efeitos medicamentosos e a falta de acesso aos serviços odontológicos (PECORARO *et al.*, 2013).

A atenção à saúde bucal das PcD ultrapassa a resolução de problemas de ordem odontológica. Segundo PECORARO *et al.*, 2013, a saúde bucal é um dos fatores que podem ajudar na inclusão dessas pessoas, melhorando de forma geral sua condição de vida, auto estima, oferecendo saúde e bem-estar.

2.6 Avaliação em Saúde

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas para a análise da situação de saúde, definição de prioridades ou reorientação de práticas (SILVA; FORMIGLI, 1994). Assim, o propósito principal da avaliação em saúde é servir de suporte a todo processo de decisão no âmbito do SUS. Deve-se configurar como ferramenta de gestão nas três esferas de governo, em que os processos avaliativos devem ser incorporados às práticas dos serviços de saúde (BRASIL, 2008b). Os momentos de avaliação realizados pela equipe a partir da realidade são essenciais para orientação dos processos de consolidação, implantação e reformulação das práticas (BRASIL, 2008c).

A institucionalização da avaliação em saúde vem ganhando força em diferentes áreas do setor público, ainda que incipiente, no campo das políticas públicas de saúde, no Brasil. Na área de saúde bucal, além da utilização da avaliação em saúde para tomada de decisão e consequente reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde, há o desafio de se conjugar essa tarefa ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal (GOES *et al.*, 2012).

No Brasil, a iniciativa governamental vigente de avaliação do cuidado odontológico especializado no setor público é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), instituído no âmbito da PNSB por meio da Portaria nº 261/GM/MS de 21 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2013b).

2.6.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)

O PMAQ-CEO foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. Instituído no âmbito da PNSB, através da Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, o programa tem como objetivo avaliar um conjunto de padrões de qualidade relacionados à estrutura, processo e resultado, por meio da percepção de gestores,

profissionais e a satisfação dos usuários quanto ao acesso e utilização do serviço (BRASIL, 2015c).

Espera-se que essa avaliação impulse a reorientação dos mecanismos de gestão e o fortalecimento do papel dos CEOs na organização da rede de saúde bucal, melhorando e expandindo com qualidade as ações especializadas em odontologia para a população brasileira (SILVA *et al.*, 2016).

O primeiro ciclo (2013/2014) consistiu de quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEOs: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2015c).

Primeira fase - Adesão e Contratualização

Consiste na indicação, pelos gestores municipais do quantitativo de CEO que participará do programa. A adesão é condição obrigatória para a segunda etapa que consiste na contratualização de compromissos a serem firmados entre as equipes dos CEOs e os gestores estaduais, do Distrito Federal (DF) e municipais, e desses com o Ministério da Saúde (MS). Trata-se de um conjunto de indicadores eleitos a partir das metas de produção estabelecidas para cada especialidade do CEO, monitorados e avaliados por meio do SIA/SUS, único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento da produção do CEO (BRASIL, 2013b).

Segunda fase– Desenvolvimento

Consiste no desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pela equipe do CEO, pelas gestões Estaduais, Municipais, do DF e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do serviço especializado de saúde bucal que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade no CEO. Esta fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Apoio Institucional (BRASIL, 2013b).

Terceira fase – Avaliação externa

Consiste na aplicação de instrumento, por um grupo de avaliadores selecionado e capacitado pelas Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP), para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelos profissionais e pela gestão, com visita *in loco* aos CEOs contratualizados. A avaliação externa (AVE) é considerada obrigatória e automática para a certificação no programa (BRASIL, 2013b). O instrumento foi organizado em três módulos, conforme o método de coleta das informações (Tabela 1).

Tabela 1. Módulos da Avaliação Externa do PMAQ/CEO.

Módulo I	Módulo II	Módulo III
Observação direta:		
Avaliar condições de infraestrutura, equipamentos, instrumentos, medicamentos, materiais e insumos dos CEOs. Para isso, o avaliador da qualidade foi acompanhado por um profissional da equipe avaliada durante a visita <i>in loco</i> no estabelecimento de saúde a ser avaliado.	Entrevista com profissionais (o gerente e pelo menos um cirurgião dentista do CEO): objetivou obter informações sobre processos de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário.	Entrevista com usuários (aproximadamente 10 usuários): visou verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Fonte: Relatório do 1º ciclo da AVE-PMAQ/CEO

A AVE apresenta indicadores de saúde bucal relevantes para análise dos cuidados especializados, sendo assim, se configura como uma ferramenta de avaliação importante para subsidiar o planejamento da atenção especializada (NUNES, *et al.*, 2018).

Cumprido ressaltar que o banco de dados do presente estudo foi obtido a partir dos resultados da AVE PMAQ/CEO que dentro da distribuição dos percentuais para a certificação das equipes pelo MS, CONASS e CONASEMS representa até 60% da nota final.

Quarta fase – Recontratualização

Por fim, a quarta fase constitui o processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação do CEO. Nessa fase, o desempenho dos CEOs foi comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de CEOs pertencentes ao mesmo tipo e estrato, condição para assegurar ou não maior repasse dos recursos. Com base na avaliação de desempenho de cada serviço, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa (BRASIL, 2015c).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Consolidar informações sobre o processo de trabalho em rede referente às especialidades de estomatologia e odontologia para pacientes com necessidades especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

1. Apresentar o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam nas especialidades de estomatologia e odontologia para pacientes com necessidades especiais e a distribuição geográfica desses profissionais.
2. Descrever a organização do sistema de referência e contrarreferência dos serviços de assistência estomatológica e atendimento odontológico de pessoas com deficiência.
3. Quantificar as equipes de saúde bucal da atenção especializada que realizam biópsia e informar sobre a gestão dos fluxos que envolvem o procedimento.
4. Apresentar o perfil relacionado à condição de saúde dos pacientes atendidos na especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais dos Centros de Especialidades Odontológicas.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa e descritiva.

4.2 Fonte de dados e cenário do estudo

Foram utilizados dados secundários e de domínio público da etapa de avaliação externa (AE) do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), cuja coleta ocorreu *in loco* em 2014, por avaliadores capacitados em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa. Foram avaliados 932 centros de especialidades odontológicas (CEOs) participantes do programa. A AVE PMAQ/CEO está organizada em três módulos, a saber: módulo I – observação direta do estabelecimento; módulo II – entrevista com gerente e cirurgião-dentista e módulo III – entrevista com usuário.

4.3 Coleta dos dados

A extração dos dados ocorreu diretamente no site do Departamento de Atenção Básica (DAB)/Ministério da Saúde no ano de 2020. Como componente de análise foi considerado o dado referente ao quantitativo de profissionais atuando na especialidade de estomatologia e odontologia para pacientes com necessidades especiais (PNE) extraídos do módulo I e informações sobre processo de trabalho e organização dos serviços, obtidos do módulo II. As perguntas do módulo II deveriam, preferencialmente, ser relacionadas às especialidades em estudo. No entanto, foram incluídos alguns dados gerais que complementaram o entendimento

acerca da organização dos serviços. As perguntas do módulo II que geraram os dados constam no Anexo A. Esse módulo possui um bloco de perguntas direcionadas ao gerente do CEO e outro direcionado a um cirurgião-dentista. Também foi inserida no banco de dados a macrorregião geográfica e a unidade federativa a que pertencia o estabelecimento. Os módulos da AVE PMAQ/CEO são divididos em subdimensões, o que facilitou a identificação das perguntas de interesse ao presente estudo.

4.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram lançados no IBM – *Statistical Package for the Social Sciences for Windows, Inc., USA* (SPSS) versão 24.0 para construção do banco de dados e realização das análises descritivas. Foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas por macrorregião geográfica e unidade federativa e sumarização dos resultados em gráficos.

4.5 Aspectos éticos

O estudo coletou dados de domínio público dispensando, assim, a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, seguindo as diretrizes e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética em pesquisa. O projeto de pesquisa foi institucionalizado (Resolução nº 093 – CEPEX/2017).

5 PRODUTOS CIENTÍFICOS

1 - Artigo 1: Assistência Estomatológica nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil, formatado segundo as normas de publicação da revista Saúde em Debate.

2 - Artigo 2: Processo de trabalho da odontologia para pacientes com necessidades especiais: uma análise a partir da avaliação externa do PMA/CEO, 2014, formatado segundo as normas de publicação da revista Saúde em Debate..

3 - Trabalho Apresentado em Congresso Internacional (Apresentação e Anais)

Trabalho intitulado: “The scenario of stomatology in health unic system”, apresentado no I Congresso Internacional em Cuidado Primário em Saúde realizado pela UNIMONTES (ANEXO B).

4 - Resumo em Anais da XIV MOSTRA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM – UNIMONTES, intitulado “Odontologia para pacientes com necessidades especiais no Sistema Único de Saúde” (ANEXO C).

5 - Resumo em Anais da XVIII Jornada Científica de Odontologia, XVII Mostra Científica de Odontologia da Unimontes e I Simpósio de Disfunção Temporomandibular.

5.1 ARTIGO 1

Assistência Estomatológica nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil

Stomatological Assistance in Dental Specialty Centers in Brazil

Julimary Larissa Mendes Ottoni¹, Petrônio José de lima Martelli², Hercílio Martelli Júnior³, Verônica Oliveira Dias³, Denise Maria Mendes Lúcio¹, Natália Lopes Castilho⁴, Daniella Reis Barbosa Martelli³

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Montes Claros, MG, Brasil

² Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

³ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Montes Claros, MG, Brasil

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil

Resumo

Estudo pioneiro de abordagem transversal e descritiva que utilizou dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), com objetivo de apresentar, em nível nacional, a organização da assistência estomatológica dos CEOs. A estomatologia estava presente em 65,6% dos estabelecimentos com menor concentração no Norte (3,1%) e 47,9% dos profissionais possuíam formação especializada concentrando-se no Sudeste (41,3%). Houve diferenças regionais na organização dos serviços de referência, porém, observaram-se, na maioria dos CEOs: protocolos que orientavam os encaminhamentos para a especialidade (57,8%); usuários encaminhados com termo por escrito/meio eletrônico (61,7%); sem cotas pré-definidas para encaminhamento à estomatologia (86,9%) e atendimento agendado em até uma semana (78,3%). A biópsia era comumente realizada (82,4%) e as equipes possuíam referência para os casos de câncer (80%). O tema câncer de boca era abordado por 54,5% das equipes no matriciamento. O PMAQ/CEO revelou vazios regionais em relação à assistência estomatológica e desigualdades regionais no processo de trabalho dos serviços. Há necessidade de se conhecer as diferenças geográficas na atuação em rede e oferta da assistência estomatológica para melhor planejamento das políticas públicas a fim de diminuir as desigualdades na oferta do cuidado e no acesso e utilização dos serviços.

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde. Odontologia em saúde pública. Medicina bucal. Pesquisa sobre serviços de saúde.

Abstract

Pioneering study with a cross-sectional and descriptive approach that used data from the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO), with the objective of presenting, at the national level, the organization of stomatological assistance for CEOs. Stomatology was present in 65.6% of the establishments with the lowest concentration in the North (3.1%) and 47.9% of professionals had specialized training and were concentrated in the Southeast (41.3%). There were regional differences in the organization of referral services, however, the majority of CEOs observed: protocols that guided referrals to the specialty (57.8%); users referred with a written term / electronic means (61.7%); without pre-defined quotas for referral to stomatology (86.9%) and scheduled care within one week (78.3%). Biopsy was commonly performed (82.4%) and the teams had a reference for cancer cases (80%). The theme of oral cancer was addressed by 54.5% of the teams in the matrix. The PMAQ / CEO revealed regional gaps in relation to stomatological assistance and regional inequalities in the service work process. There is a need to know the geographical differences in network performance and the provision of stomatological assistance for better planning of public policies in order to reduce inequalities in the provision of care and in access and use of services.

Keywords: Secondary care. Public health dentistry. Oral medicine. Health services research.

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, incentivou a expansão da atenção básica (AB) e o aumento da oferta de serviços odontológicos especializados, principalmente, por meio da criação e implantação dos centros de especialidades odontológicas (CEOs). Promoveu, ainda, a reorientação do modelo assistencial articulando os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais, pautando-se pela busca da integralidade na atenção à saúde¹⁻³.

Os CEOs são estabelecimentos que prestam serviços especializados em saúde bucal de forma a complementar as ações da AB. Atuam na rede de atenção em saúde bucal (RASB) por mecanismos de referência e contrarreferência, apoio matricial e educação permanente em saúde como instrumentos para assegurar a integralidade do cuidado⁴. A Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006), apresenta a estomatologia, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, como uma das cinco especialidades mínimas previstas para o CEO⁵, cujas diretrizes de funcionamento constam no Manual de Especialidades em Saúde Bucal⁶.

A ênfase dada ao diagnóstico e detecção do câncer de boca se justifica por se tratar de um problema de saúde pública com importante morbimortalidade. Mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados⁴. Estimam-se 11.180 casos novos de câncer de boca em homens e 4.010 em mulheres para cada ano do triênio 2020-2022 no país, ocupando a quinta posição entre todos os cânceres mais frequentes no sexo masculino e a 13ª entre o sexo feminino⁷.

Em vista do importante papel que desempenham na redução das desigualdades de acesso aos serviços odontológicos especializados, os CEOs requerem avaliação contínua com a finalidade de avançar na qualidade da oferta dos serviços⁸. No entanto, há uma escassez de estudos acerca da atenção especializada em saúde bucal⁹. No Brasil, a iniciativa governamental vigente é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO), implementado pelo Ministério da Saúde, que reúne estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação dos CEOs desde infraestrutura e insumos a questões ligadas ao processo de trabalho. O objetivo é contribuir na melhoria do cuidado prestado pela atenção secundária e ampliar o acesso dos serviços odontológicos especializados à população brasileira¹⁰.

Considerando a importância da rede de atenção em saúde bucal na detecção e diagnóstico das lesões de mucosa bucal, em especial, o diagnóstico/tratamento precoce do câncer de boca, o presente estudo descreve elementos envolvidos na organização em rede da

assistência estomatológica do CEO nas cinco macrorregiões do país, por meio da análise dos dados da avaliação externa do PMAQ/CEO (AVE PMAQ/CEO).

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo que utilizou dos dados secundários e de domínio público da etapa de avaliação externa (AVE) do 1º ciclo do PMAQ/CEO cuja coleta ocorreu *in loco* em 2014, por avaliadores capacitados em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa. Foram avaliados 932 centros de especialidades odontológicas (CEOs) participantes do programa. A AVE PMAQ/CEO está organizada em três módulos, a saber: módulo I – observação direta do estabelecimento; módulo II – entrevista com gerente e cirurgião-dentista e módulo III – entrevista com usuário. Como componente de análise foi considerado o dado referente ao quantitativo de profissionais atuando na especialidade de estomatologia extraído do módulo I e informações sobre processo de trabalho e organização dos serviços, obtidos do módulo II. As perguntas do módulo II deveriam, preferencialmente, ser relacionadas à especialidade em estudo. No entanto, foram incluídos alguns dados gerais que complementaram o entendimento acerca da organização do serviço. As perguntas utilizadas do módulo II constam no Quadro 1. Foram realizadas análises por macrorregião geográfica e unidade federativa. A análise descritiva ocorreu por meio do programa IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0 onde foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. O estudo coletou dados de domínio público dispensando, assim, a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Resultados

Os dados serão apresentados em três componentes de análise: gestão de pessoas na assistência estomatológica; a assistência estomatológica na RASB e biópsia e atenção ao câncer de boca.

Gestão de pessoas na assistência estomatológica

Os resultados da AVE PMAQ/CEO revelaram 828 cirurgiões-dentistas atuando na assistência estomatológica, distribuídos em 611 CEOs do Brasil, ou seja, dos 932 CEOs avaliados, 34,4% não eram habilitados em estomatologia. A macrorregião Sudeste concentrava o maior número desses serviços (37,8%), seguida da Nordeste (28,5%) e a menor média nacional, na Norte (3,1%). Nos estados do Acre, Amazonas e Roraima não houve relato de CEO habilitado na especialidade. Menos da metade dos profissionais (47,9%) possuía formação especializada na área investigada. Somado ao percentual daqueles com

atualização e/ou aperfeiçoamento, esse índice alcançava 64,7%. A distribuição geográfica seguiu o mesmo padrão citado anteriormente: Sudeste com os maiores índices (41,3%) e Norte (3,8%) com a menor concentração de especialistas na área investigada (Gráfico 1).

A assistência estomatológica na RASB

O acesso ao CEO se dava, em sua maior parte, por referenciamento (57,3%). Porém, uma porcentagem expressiva das equipes (42,7%) recebia o usuário por demanda espontânea e referenciada (forma mista) ou totalmente espontânea. As equipes de saúde bucal da AB (ESB/AB) adotavam a ordem de chegada à unidade básica de saúde (UBS) para encaminhamento dos usuários ao CEO (48,6%). Diferentemente do que ocorre nas demais macrorregiões, no Sudeste a estratificação de risco era critério prioritário, adotado pela ESB/AB para encaminhamento à atenção especializada (44,2%).

Quanto à organização dos fluxos dos usuários da AB para a estomatologia, a maioria dos entrevistados (57,8%) comprovou a existência de protocolos clínicos pactuados que orientavam os encaminhamentos. De fato, 61,7% das equipes do CEO recebiam os usuários encaminhados da AB à assistência estomatológica, com um termo por escrito ou por meio eletrônico. Não havia cotas pré-definidas por ESB/AB para os encaminhamentos (86,9%). A tabela 1 apresenta esses resultados por macrorregião onde se observam diferenças regionais quanto aos elementos investigados.

O atendimento na estomatologia era realizado no mesmo dia ou em até uma semana (78,3%), seguido do atendimento em até 30 dias (20,2%). Apenas 1,5% das equipes afirmaram tempo de espera para atendimento de até seis meses.

A contrarreferência era realizada por meio de ficha específica, na maioria dos CEOs (86,2%). Menos de 1% o faziam por meio de sistema informatizado ou prontuário eletrônico e 6,6% informaram possuir nenhuma ação sistematizada para o retorno do usuário à unidade que o encaminhou.

Observou-se uma expressiva demanda dos profissionais do CEO por apoio matricial na resolução de casos considerados complexos (63,7%) sendo essa demanda atendida na maioria das equipes (79,9%). Das especialidades investigadas pelo programa, 60,8% dos entrevistados afirmaram que a estomatologia demanda por apoio matricial.

Nas ações de matriciamento dos profissionais do CEO junto às ESB/AB o tema “capacitação com os profissionais da AB para detecção do câncer de boca”, abordagem mais diretamente relacionada à estomatologia, era contemplada por pouco mais da metade de todos os CEOs (54,5%). Foram observadas diferenças regionais quanto ao desenvolvimento do matriciamento com as macrorregiões Sudeste e Sul apresentando maior número de equipes

que abordam o câncer de boca, 63,1% e 60,9%, respectivamente. Nas demais regiões, menos da metade das equipes tratavam do assunto, como demonstrado no Gráfico 2.

A educação permanente (EP) realizada pelos municípios não se tratou de uma prática comum às equipes do CEO (49,5%). Ademais, dos que afirmaram que havia oferta de EP aos profissionais, apenas 28% informaram que a ação contemplava totalmente as demandas e necessidades da equipe.

Biópsia e atenção ao câncer de boca

O procedimento de biópsia era realizado por 82,4% das equipes do CEO, sendo a maior produção na macrorregião Centro-Oeste (95,2%) e a Norte, o menor desempenho (66,1%). O registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca era mantido por 53,8% das equipes com diferenças regionais, em especial entre Sudeste e Norte, onde, respectivamente, 67,4% e 27,1% das equipes apresentaram documentos com registro dos casos. A maioria das equipes (92,5%) possuía referência laboratorial para encaminhamento dos espécimes para análise histopatológica, com percentual maior que 80% em todas as macrorregiões e 80% dessas equipes possuíam referência para encaminhamento dos casos confirmados de câncer de boca. O transporte da peça cirúrgica ao laboratório era disponibilizado pela secretaria de saúde (53,6%), na maioria das vezes. O prazo para realização da biópsia contado a partir da identificação da necessidade do procedimento era de até uma semana (86,5%).

Discussão

O estudo revelou distribuição geográfica desigual dos CEOs pelo país e cerca de um terço desses estabelecimentos sem habilitação em estomatologia, contrariando a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria 599/GM, de 23 de março de 2006) que estabelece a obrigatoriedade da assistência estomatológica, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal, em todo CEO⁵.

Menos da metade dos profissionais possuíam especialização na área e, de fato, não há exigência de habilitação específica para atuar no CEO⁵, no entanto, a formação complementar influencia a prática e qualidade do trabalho⁹. Observou-se, ainda, desproporcionalidade na distribuição desses especialistas, com concentração na região Sudeste. Dados semelhantes foram encontrados por Arouca *et al.*, 2012, onde metade de todos os cirurgiões-dentistas (CD) especialistas concentrava-se em 21 municípios, o que representava 0,4% do total dos municípios do país, sendo a concentração dos especialistas em estomatologia na macrorregião Sudeste e a Norte, a mais carente desses profissionais¹¹.

De fato, no Brasil, há um desequilíbrio na oferta de educação superior, concentrando-se, sobretudo, na região Sudeste. São Paulo é a unidade federativa com o maior número de matrículas no ensino superior, considerando cursos presenciais e ensino à distância (EAD)¹³. Essa disparidade se reflete também com os cursos de odontologia que se concentram, em especial, nessa região. Após a graduação esses profissionais tendem a permanecer no mesmo local, sobretudo em busca de educação continuada, já que o Sudeste apresenta maior oferta de cursos de pós-graduação (mestrado, doutorado ou cursos de especialização)¹⁴.

Quando se trata da distribuição dos CEOs pelo país, essa situação é desafiadora e requer políticas que estimulem os cirurgiões-dentistas para regiões onde haja maior carência de profissionais¹⁴, a fim de reduzir as desigualdades em saúde, especialmente, no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços¹⁵. Portanto, esse é um importante indicador a ser considerado, pela gestão, no planejamento em saúde.

Quanto à organização dos serviços, os CEOs, elementos-chave na configuração da RASB, devem possuir uma boa integração e articulação com os demais pontos de atenção. Isso depende de um efetivo sistema de referência e contrarreferência que opere com fluxos e protocolos pactuados e formulários específicos para formalizar o encaminhamento, auxiliando no atendimento contínuo e integral dos usuários^{4,16}. Mesmo em face da existência do Manual de especialidades em saúde bucal⁶, elaborado pelo Ministério da Saúde com critérios de encaminhamento entre a AB e a especializada, o estudo mostrou assimetria entre as regiões quanto à organização dos fluxos dos usuários na RASB.

Compreende-se, portanto, que não é suficiente a existência do manual, o aproveitamento desse documento demanda discussão entre os profissionais envolvidos nos locais onde se implementam suas práticas e capacitação profissional que pode se dar por meio da educação permanente¹⁷.

O sistema de referência e contrarreferência operando com limitação pode revelar a atenção secundária como porta de entrada aos usuários dificultando a continuidade do cuidado⁹, uma vez que, o encaminhamento realizado pela ESB/AB aumenta a chance do retorno a esse nível de atenção¹⁷. Ademais, o desconhecimento da AB a respeito dos fluxos dos usuários pode gerar deslocamentos desnecessários e revelar falta de comunicação entre os serviços que deveriam funcionar organizados em uma rede de apoio loco-regional¹⁸.

Nesse sentido, o incentivo ao apoio matricial e a educação permanente é importante, uma vez que, trata-se de ferramentas que favorecem a organização dos serviços e a um cuidado integral ao contribuir na elaboração de diretrizes e protocolos que auxiliam na

referência e contrarreferência definindo o papel a ser exercido tanto pelos profissionais da UBS quanto pelos profissionais do CEO na construção do cuidado¹⁹.

Ainda nesse cenário, o estudo revelou uma demanda da assistência estomatológica por apoio matricial que pode decorrer do fato de muitas lesões na boca serem manifestações de doenças/condições sistêmicas²⁰, requerendo um compartilhamento de informações com outros profissionais para decisão na conduta. Soma-se a isso o fato de ser também responsabilidade do cirurgião-dentista o diagnóstico e suporte de lesões com suspeita de malignidade devido ao conhecimento que detém das estruturas da boca e capacidade de atender às demandas bucais nos períodos pré, trans e pós-tratamento oncológico⁶.

Ressalta-se que as equipes da AB e do CEO responsabilizam-se pelo diagnóstico e tratamento de lesões prevalentes da mucosa bucal e ambas deve prezar pela vigilância e reconhecimento de pacientes que apresentam fatores de risco para o câncer de boca⁶. Assim, as equipes dos CEOs, enquanto matriciadores, deveriam, corriqueiramente, contemplar a detecção do câncer de boca nas ações de apoio matricial. No entanto, trata-se de um conteúdo ainda pouco abordado nas ações de matriciamento como mostra os resultados.

No contexto de estruturação dos serviços de saúde, a formação dos trabalhadores é outro elemento essencial com a finalidade de transformar as práticas profissionais e contribuir com a organização do trabalho⁴. A EP é uma ferramenta auxiliar, nesse sentido, que deve ser estimulada especialmente em municípios de menor porte, distantes das instituições formadoras tradicionais²¹, uma vez que, ela pode ocorrer presencialmente ou à distância¹⁹.

Na contramão, o presente estudo revelou que a EP não é uma prática comum e, há falhas no planejamento da atividade que deveria partir da análise coletiva dos processos de trabalho da equipe para identificação dos nós críticos. Esse planejamento ascendente incentiva a construção de estratégias contextualizadas de enfrentamento das dificuldades e demonstra mais impacto na transformação das práticas profissionais^{22,4}. Na assistência estomatológica, a EP poderia trazer benefícios, especialmente, em termos de câncer de boca, visto tratar-se de um problema de saúde pública com uma importante causa de morbimortalidade onde mais de 50% dos casos ainda possui diagnóstico tardio^{4,7}.

Autores destacaram a necessidade de formação dos profissionais da saúde para se avançar no diagnóstico precoce do câncer e atribuíram a identificação tardia da doença, em parte, a não realização de exame clínico completo pelo profissional e à falta de familiaridade com a patologia^{23,24}. Outras razões podem relacionar-se ainda ao paciente ou mesmo, ao sistema de saúde, tais como: desconhecimento e falta de percepção dos sinais e sintomas; ignorância sobre seus fatores de risco; e falta e/ou precariedade de assistência médica e

odontológica²⁵. De fato, esses fatores merecem ser considerados, uma vez que, no presente estudo o tempo estimado para o usuário ser atendido na estomatologia, a partir da identificação da necessidade de encaminhamento para a especialidade, na maioria das equipes, foi breve (até uma semana).

A execução de biópsia incisional ou excisional quase se confunde com a prática estomatológica⁴, não por acaso, o estudo mostrou tratar-se de um procedimento realizado pela maioria dos CEOs. No entanto, repete-se o padrão de desigualdade regional, onde o Norte se destaca com o menor desempenho. É também a macrorregião que apresenta menor quantitativo de profissionais para responder às demandas da especialidade. No geral, parece haver uma boa gestão dos demais fluxos que o procedimento de biópsia demanda desde a referência laboratorial para encaminhamento dos espécimes ao retorno do laudo pelo patologista.

Ressalta-se, no entanto, que o impacto da biópsia no cenário epidemiológico atual do câncer bucal é dependente de um efetivo planejamento e monitoramento contínuo das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, cujas informações devem subsidiar a programação local, visando a uma melhor utilização dos serviços de saúde²⁶.

Enquanto alguns dados revelaram arranjos organizativos que colaboram com um serviço em rede, outros apontaram para uma atenção fragmentada. Os resultados sobre critérios de encaminhamento, protocolos clínicos que orientem os fluxos, planejamento das ações de apoio matricial, especialmente, em relação à abordagem ao câncer de boca e planejamento da EP revelaram diferenças regionais quanto ao processo de trabalho e destacaram as fragilidades na organização em rede, em algumas localidades. Essas deficiências podem impactar a continuidade do cuidado, a integralidade e a troca de informações entre profissionais^{27,6,28}, com consequências na qualidade do cuidado ofertado. Ademais, se supõe que esses resultados reflitam em dificuldade de retorno do usuário da atenção estomatológica à unidade que o encaminhou com informações atualizadas sobre a condição de saúde do usuário e tratamentos realizados.

Dados secundários possuem limitações tais como viés de informação ou impossibilidade de controlar e/ou garantir a qualidade dos mesmos. No entanto, ressalta-se a importância da disponibilidade pública dessas informações para pesquisadores, contribuindo com estudos a baixo custo²⁹.

Conclusões

O PMAQ/CEO revelou vazios regionais em relação à assistência estomatológica e desproporcionalidade na distribuição dos cirurgiões-dentistas pelo país. Mostrou diferenças regionais no processo de trabalho, evidenciando a complexidade da gestão de um sistema de saúde em rede. Há necessidade de incentivar a educação permanente assim como a abordagem ao câncer de boca nas ações de matriciamento. O estudo aponta, ainda, para a importância de se conhecer as diferenças geográficas na atuação em rede e oferta da assistência estomatológica para melhor planejamento das políticas públicas a fim de diminuir as desigualdades na oferta do cuidado e no acesso e utilização dos serviços. Tratou-se de um estudo pioneiro, que apresentou, em nível nacional, a atuação da estomatologia na RASB do SUS.

Contribuição dos autores

Otoni JLM e Martelli DRB contribuíram substancialmente na concepção e delineamento do estudo bem como em todas as fases da confecção do manuscrito. Dias VO e Castilho NL contribuíram na análise e interpretação dos dados. Silveira DMML contribuiu na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Martelli PJL e Martelli Júnior H contribuíam na análise e interpretação dos dados do trabalho e revisão crítica do manuscrito. Todos aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

1. Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz. Oral Res.* 2010; 24 (supl. 1): 26-32.
2. 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 Colet.* 2015; 23(4): 409-415.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. *Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal.* Brasília (DF). 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico].* Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Sa%C3%BAde-Bucal-no-Brasil.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº. 05/GM Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de especialidades em saúde bucal.* Brasília: MS; 2008a.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil [internet].* Rio de Janeiro: INCA, 2019 [acesso 2020 mai 30]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
8. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(4): 1149- 63.
9. Rios LRF, Colussi CF. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde Debate [internet].* 2019 [acesso 2020 mai 30]; 43 (120): 122-136. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100122&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
10. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade.* Brasília [internet]. 2013 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.
12. Arouca R, Pereira HC, Alves LC. Censo demográfico da força de trabalho nas especialidades odontológicas: Brasil, 2010 [recurso eletrônico] Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz: CFO, 2012 [acesso 2019 dez 17]; v 1: 237 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16458/2/CensoDemografico.pdf>.

13. SEMESP. Sindicato das Entidades Mantenedoras do Ensino Superior de São Paulo. Mapa do ensino superior no Brasil. São Paulo: SEMESP, 2019 [acesso 2021 mar 09]. 9a ed. Disponível em: https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Semesp_Mapas_2019_Web.pdf.
14. San Martin AS, Chisini LA, Martelli S, Sartori LRM, Ramos RC, Demarco FF. Distribuição dos cursos de odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. *Rev. ABENO*. 2018; 18(1):63-73.
15. Paranhos LR, Ricci ID, Siqueira DF, Scanavini MA, Daruge Júnior E. Análise do mercado de trabalho odontológico na região Nordeste do Brasil. *Revista de Odontologia da UNICID*. 2009; 21(2): 104-18.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal. 2008b.
17. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. Salud Pública*. 2015; 17 (3): 416-428.
18. 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): 1573-1582.
19. Santiago BM, Amaral JHL, Zina LG, et al. A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJL. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: UFPE, 2016. 264p.
20. Ribeiro BB, Guerra LM, Galhardi WMP, et al. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. *Odonto*. 2012; 20(39): 61-70.
21. Mello ALSF de, Andrade SR de, Moysés SJ, et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(1): 205-214.
22. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*. 2008; 6(3): 443-456 .
23. Miranda FA, Araújo LO, Melo MR, et al. Políticas públicas em saúde relacionadas ao diagnóstico precoce e rastreamento do câncer bucal no Brasil, 2019. *Sanare (Sobral, Online)*. 2019; 18(2):86-95. [acesso 2020 mai 17]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1378>.
24. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral dis*. 2010; 16(4): 333-42.
25. Soares JMA, Silva GW, Belligoli LQG, et al. Why do we treat mouth cancer in advanced stages? *Rev. Med. Minas Gerais*. 2015; 25(3): 395-399.

26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Monitoramento das ações de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral [internet]. Boletim ano 7; n.1, janeiro/abril de 2016. [acesso 2020 jan 20]. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccao-precoce-3-2014-errata.pdf>
27. Berta W, Barnsley J, Bloom J, et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. *Can. Fam. Physician.* 2008; 54 (10): 1432–6.
28. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan.* 2015b; 30 (6): 705–717.
29. Paim JS. Atenção à saúde no Brasil. In: Paim J S. *Desafios da saúde coletiva no século XXI.* Salvador, EDUFBA, 2006.

Quadro 1 –Perguntas utilizadas do módulo II do 1º ciclo do PMAQ/CEO, 2014

Módulo II do 1º ciclo PMAQ/CEO – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos	
ENTREVISTA COM GERENTE DO CEO	
Subdimensão: Formação e qualificação dos profissionais do CEO	
II. 3.2 Formação dos cirurgiões-dentistas nas áreas de atuação no CEO: Apenas graduação em Odontologia/ Atualização e/ou Aperfeiçoamento / Especialização/Mestrado e/ou Doutorado	
Subdimensão: Apoio Matricial	
II.7.1 A Equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	
II.7.2 Em qual área necessita com mais frequência?	
II.7.3 A equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?	
II.7.4 A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as ESB/AB na resolução de casos considerados complexos?	
II.7.6 Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da AB? Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores Ações clínicas compartilhadas com os profissionais das ESB da AB Capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das ESB da AB Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das ESB da AB Construção e discussão de protocolos clínicos Pactua critérios para referência por especialidade Realizam visitas com os profissionais das ESB da AB, quando solicitados	
Subdimensão: Caracterização da demanda e Organização da agenda	
II.9. O acesso ao CEO se dá por meio da demanda: Espontânea / Referenciada / Mista (espontânea e referenciada)	
Subdimensão: O CEO na Rede de Atenção à Saúde	
II. 10. 2 Qual critério utilizado pela ESB/ AB para o encaminhamento do usuário para o CEO? Ordem de chegada / Estratificação de risco / Prioridade de programas	
II.10.3 Existem cotas pré-definidas por Equipe de Saúde Bucal para o encaminhamento dos usuários para o CEO? (Pergunta direcionada a cada especialidade)	
II.10.4 O CEO recebe o usuário referenciado da UBS com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?	
II.10.5 Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades? (Pergunta direcionada a cada especialidade)	
II.10.6 Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? Através de ficha específica /Através de sistema informatizado /Através do prontuário eletrônico / Nenhuma ação específica	
Módulo II do 1º ciclo PMAQ/CEO – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos	
ENTREVISTA COM GERENTE DO CEO	
Subdimensão: Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO	
Informar o tempo estimado, em dias, para atendimento por especialidade (estomatologia e PNE)	
Subdimensão: Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica	
II.12.1 O CEO realiza biópsia? Sim / Não, porque não há material/instrumental disponível./Não, porque não há laboratório para encaminhamento./Não, porque não há profissional capacitado./Não, outros	
II.12.2 Qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?	
II.12.3 O CEO possui referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológica?	
II.12.4 Na maioria das vezes, como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?	
II.12.5 Qual o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?	
Subdimensão: Atenção ao câncer de boca	
II.13.1 O CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?	
II.13.2 O CEO possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca?	
ENTREVISTA COM CIRURGIÃO-DENTISTA	
Subdimensão: Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	
II.18.1 O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?	
II.18.4 Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO?	

Gráfico 1. Percentual de profissionais que atuam na assistência estomatológica segundo formação profissional no Brasil e sua distribuição por macrorregião geográfica.

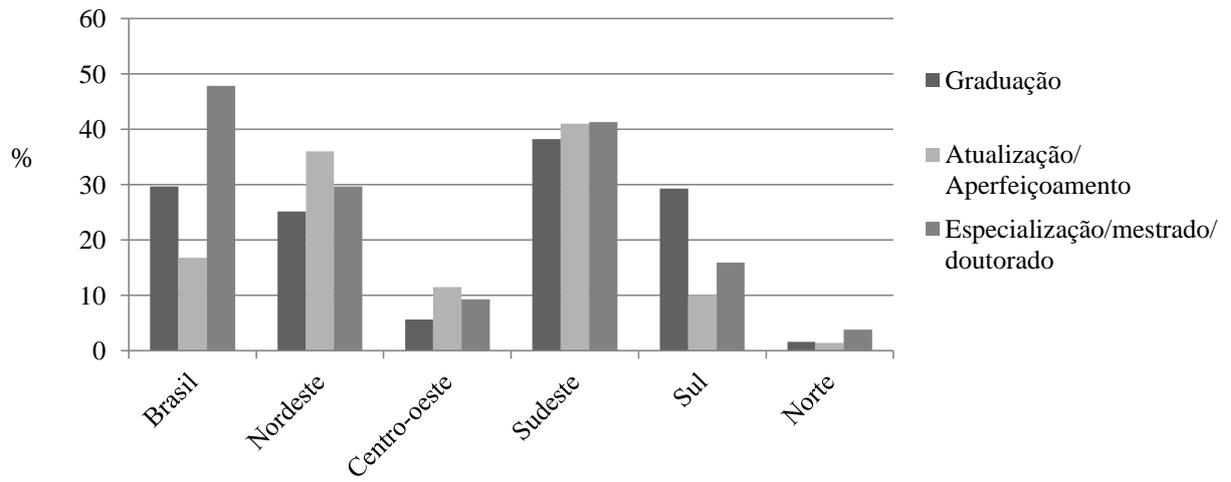
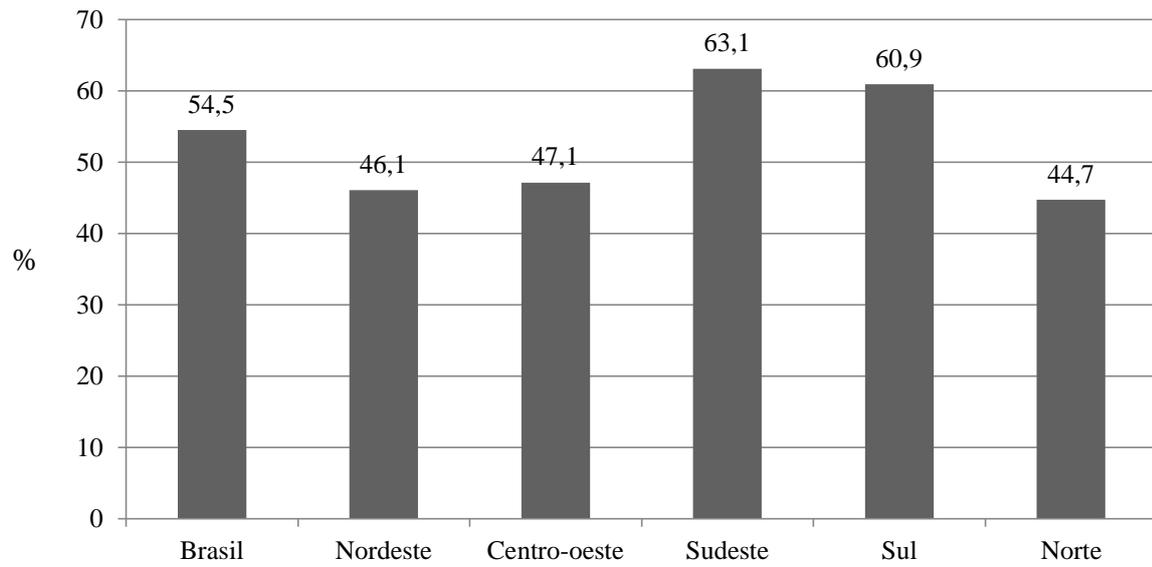


Tabela 1 - Elementos relacionados à organização dos fluxos dos usuários para a especialidade de estomatologia dos centros de especialidades odontológicas do Brasil

ELEMENTOS	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Existem protocolos clínicos que orientam os encaminhamentos para estomatologia?				
Nordeste	152	42,8	203	57,2
Centro-oeste	40	64,5	22	35,5
Sudeste	246	73,0	91	27,0
Sul	79	67,5	38	32,5
Norte	21	35,6	38	64,4
Brasil	538	57,8	392	42,2
A estomatologia recebe o usuário referenciado da UBS com o termo, por escrito ou eletrônico?				
Nordeste	179	50,4	176	49,6
Centro-oeste	47	75,8	15	24,2
Sudeste	247	73,4	90	26,7
Sul	81	69,2	36	30,8
Norte	20	33,9	39	66,1
Total	574	61,7	356	38,3
Existem cotas pré-definidas para encaminhamento dos usuários para a estomatologia?				
Nordeste	46	13,0	309	87,0
Centro-oeste	5	8,1	57	91,9
Sudeste	45	13,4	292	86,6
Sul	23	19,7	94	80,3
Norte	3	5,1	56	94,9
Total	122	13,1	808	86,9

Gráfico 2. Abordagem ao câncer de boca nas ações de matriciamento dos profissionais dos centros de especialidades odontológicas junto às equipes da atenção básica.



5.2 ARTIGO 2

Processo de trabalho da odontologia para pacientes com necessidades especiais: uma análise a partir da avaliação externa do PMA/CEO, 2014

Work process of dentistry specialty for patients with special needs: an analysis based on the external evaluation of the PMA / CEO, 2014

Julimary Larissa Mendes Ottoni¹, Petrônio José de lima Martelli², Hercílio Martelli Júnior³, Carla Bárbara Alkimim Antunes⁴, Denise Maria Mendes Lúcio da Silveira¹, Stéphanny Maria Meira⁴, Daniella Reis Barbosa Martelli³

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Montes Claros, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

³Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Montes Claros, MG, Brasil.

⁴Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil

Resumo

Estudo transversal objetivando descrever o trabalho em rede da odontologia para pacientes com necessidades especiais (PNE) nos centros de especialidades odontológicas (CEO) com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEOs, PMAQ/CEO. A especialidade estava presente em 90% dos CEOs com 72,8% dos profissionais concentrando no Sudeste e Nordeste. Houve diferenças regionais na organização dos serviços, porém, observaram-se, na maioria dos CEOs: protocolos clínicos orientando os encaminhamentos (66,7%); usuários referenciados com termo por escrito/meio eletrônico (75,6%); sem cotas pré-definidas para encaminhamento para PNE (82,2%); tratamento completo às pessoas com deficiência (PcD) (82,7%) e referência hospitalar para casos que necessitavam anestesia geral/sedação (59,7%). Dos entrevistados, 67,1%, afirmaram que a especialidade de PNE demanda apoio matricial. A educação permanente era ofertada para 49,5% das equipes. O estudo mostrou distribuição regional desigual dos CEOs habilitados em PNE, o que representa barreira no acesso aos serviços a esse público; necessidade de incentivar o matriciamento e educação permanente a fim de aumentar a resolubilidade das demandas das PcD na atenção básica e especializada e organizar os fluxos desses usuários na rede. Os resultados permitiram conhecer melhor a organização do atendimento odontológico às PcD, em nível nacional e subsidiar o planejamento em saúde.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Atenção secundária à saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde.

Abstract

Cross-sectional study aiming to describe the network of dentistry for patients with special needs (PNE) in dental specialty centers (CEO) with data from the Program for Improving Access and Quality of CEO, PMAQ/CEO. The specialty was present in 90% of CEOs with 72.8% of professionals concentrating in the Southeast and Northeast. There were regional differences in the organization of services, however, the majority of CEOs observed: clinical protocols guiding referrals (66.7%); users referenced with a written term / electronic means (75.6%); without predefined quotas for referral to PNE (82.2%); complete treatment for persons with disabilities (PcD) (82.7%) and hospital referral for cases that required general anesthesia / sedation (59.7%). Of the interviewees, 67.1% said that the PNE specialty requires matrix support. Permanent education was offered to 49.5% of the teams. The study showed an uneven regional distribution of CEOs qualified in PNE, which represents a barrier to access to services for this public; the need to encourage matriculation and permanent education in order to increase the resolution of the demands of PcD in primary and specialized care and to organize the flow of these users in the network. The results made it possible to better understand the organization of dental care for PcD, at the national level and to subsidize health planning.

Keywords: Persons with disabilities. Secondary care. Health services surveys.

Introdução

Desde a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, esse serviço tem se expandido em todo território nacional. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) revelou aumento de 82% em 10 anos no número de CEOs implantados no país: passou de 853 em 2010 para 1035 em 2015 alcançando 1553 unidades habilitadas em agosto de 2020¹.

Na configuração da rede de atenção em saúde bucal (RASB), o CEO aparece como referência para a atenção básica (AB) a fim de garantir efetividade e continuidade ao cuidado nesse nível de atenção e como articulador da atenção terciária em saúde bucal contribuindo para a materialização do serviço em rede²⁻⁴. Todos os CEOs devem ofertar minimamente as especialidades de endodontia, periodontia, estomatologia, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, cirurgia e atendimento a pessoa com deficiência⁵.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (Censo Demográfico 2010) revelaram mais de 45,6 milhões de brasileiros acometidos por alguma deficiência visual, auditiva, mental ou motora o que corresponde à aproximadamente 24% da população brasileira⁶.

Cumprе ressaltar que a especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais (PNE) abrange tanto o atendimento a pessoas com deficiência, definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04, como qualquer usuário que apresente condições diversas quer sejam temporárias ou permanentes, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional⁷. A prevalência de pessoas que necessitam de atenção e cuidados especiais pelo cirurgião-dentista em sua prática clínica é, portanto, superior às pessoas com deficiência consideradas pelo IBGE⁸.

Algumas medidas foram implementadas ao longo dos últimos anos a fim de garantir o atendimento integral à pessoa com deficiência. Destacam-se, o Plano Viver sem Limite (Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011) que estabeleceu, dentre outros, aumento em 20% no financiamento do SUS para 420 CEOs para atendimento a esse público⁹ e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) cujo objetivo, contempla, dentre outros, o atendimento sob sedação ou anestesia geral¹⁰. Somam-se a isso, incentivos financeiros adicionais (Portaria Ministerial nº 1.341 de 29/06/2012) para os CEOs que fizerem adesão a RCPD¹¹.

Essas conquistas têm importante significado, uma vez que, é comum ao paciente com alguma limitação física ou cognitiva, apresentar alto índice de cárie e gengivite em função da

higiene bucal comprometida^{12,13} além de anormalidades de oclusão, dieta cariogênica e efeitos medicamentosos que impactam negativamente na condição bucal¹⁴. Ademais, a saúde bucal é um dos fatores que pode ajudar na inclusão dessas pessoas, melhorando de forma geral sua qualidade de vida¹⁴.

Nesse cenário, o presente estudo teve por objetivo descrever o processo de trabalho e a organização dos serviços de saúde bucal da especialidade de PNE nos CEOs do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo, com dados da etapa de avaliação externa (AVE) do 1º ciclo do PMAQ/CEO que avaliou 930 CEOs participantes do programa. A AVE PMAQ/CEO é composta por três módulos divididos em subdimensões com os seguintes objetivos: módulo I - avaliar as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento; módulo II - obter informações sobre processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado para os usuários e módulo III - verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços especializados de saúde bucal no que refere ao seu acesso e utilização¹⁵. Para fins dessa pesquisa, o quantitativo de profissionais atuando na área foi obtido do módulo I (Observação no CEO) e demais informações extraídas do módulo II (entrevista com gerente do CEO, com CD do CEO e verificação de documentos). As perguntas que geraram os dados eram especialmente relacionadas ao atendimento à pessoa com deficiência. No entanto, também foram incluídas aquelas que contribuíram no entendimento da organização em rede do serviço de saúde bucal especializado, as quais foram obtidas de perguntas gerais, sem direcionamento específico por especialidade. As subdimensões utilizadas do módulo II constam no Quadro 1. Os dados foram analisados por macrorregião geográfica e unidade federativa. A análise descritiva ocorreu por meio do programa IBM SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 24.0 onde foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. O estudo coletou dados de domínio público dispensando, assim, a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Resultados

Foram considerados dois componentes na análise dos dados: I - perfil dos profissionais (relacionado à formação/qualificação) e dos usuários (relacionado à condição de saúde) atendidos nos CEOs e II - atendimento especializado às pessoas com deficiência na rede de atenção à saúde bucal (RASB).

Perfil dos profissionais e dos usuários atendidos nos CEOs

Os resultados principais da AVE PMAQ/CEO revelaram 1.347 cirurgiões-dentistas atuando na especialidade de PNE, distribuídos em 837 CEOs do Brasil, ou seja, dos 930 CEOs avaliados, cerca de 10% não eram habilitados na especialidade. A macrorregião Sudeste concentrava o maior número desses serviços (36,8%), seguida da Nordeste (36%). A macrorregião Norte apresentava a menor média nacional (5,5%), sendo a maioria (56,8%) no estado do Pará. Não havia CEO habilitado com a especialidade, em Roraima. O gráfico 1 apresenta o número de estabelecimentos gerais em comparação àqueles habilitados no atendimento a pessoa com deficiência onde observa-se a desproporcionalidade na distribuição dos CEOs entre as regiões.

Dos profissionais atuantes na especialidade, 36,8% possuía formação especializada na área investigada. Somado ao percentual daqueles com atualização e/ou aperfeiçoamento, esse índice alcançava 65,5%. A macrorregião Sudeste concentrava a maior parte dos especialistas do país (37,1%) e a Norte, os menores índices (7,3%) (Gráfico 2).

Quanto à condição de saúde dos pacientes atendidos na especialidade, observa-se na tabela 1 que na maioria dos CEOs havia atendimento a todos os perfis investigados. Paciente com distúrbio do comportamento foi o mais relatado (92,8%) e gestante e bebê, os que possuíam a menor taxa de atendimento (69,9%).

Atendimento especializado às pessoas com deficiência na RASB

O acesso ao CEO, nas diversas especialidades, se dava preferencialmente por encaminhamento (57,3%), porém, uma porcentagem significativa (42,7%) declarou forma mista (demanda espontânea e referenciada) ou totalmente espontânea. A tabela 2 apresenta os elementos relacionados ao encaminhamento dos usuários para a especialidade de odontologia para PNE e mostra diferenças regionais na organização dos serviços de referência. A maioria dos entrevistados (66,9%) comprovou a existência de protocolos clínicos que orientavam os encaminhamentos dos pacientes da AB para a especialidade sendo a referência com termo por escrito ou por meio eletrônico, na maioria das equipes (75,6%). Os CEOs não possuíam cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal (ESB) da atenção básica (ESB/AB) para encaminhamento dos usuários para a especialidade de PNE (82,2%) e havia garantia de tratamento completo para a pessoa com deficiência, na maioria das equipes (82,7%), sem diferenças regionais expressivas.

O tempo de espera para atendimento a partir da identificação da necessidade de encaminhamento era até sete dias, na maior parte das vezes (62,3%). Não foi abordada a

contrarreferência por especialidade, no entanto, de maneira geral (86,2%), ela ocorria por meio de ficha específica.

Quanto ao apoio matricial observou-se que a maioria das equipes do CEO (63,7%) necessitava de apoio na resolução de casos considerados complexos, porém, nem todas recebiam o apoio. Cerca de um terço das equipes das macrorregiões Norte (32,5%) e Centro-oeste (32,6%) não tinham essa demanda atendida, ou seja, não participavam de matriciamento. Das especialidades investigadas pelo programa, 67,1% dos entrevistados afirmaram que a odontologia para PNE demanda por apoio matricial.

Com respeito à educação permanente, menos da metade das equipes (49,5%) afirmaram a oferta pelo município. Dessas, 28% informaram que a ação contemplava totalmente as demandas e necessidades da equipe.

A tabela 3 mostra elementos relacionados à atenção hospitalar à pessoa com deficiência. Quanto ao atendimento especializado hospitalar, a maioria dos serviços (59,7%) possuía referência definida e pactuada para encaminhamento dos casos que necessitavam tratamento sob anestesia geral ou sedação. A macrorregião Nordeste apareceu com os menores índices: menos da metade dos estabelecimentos (43,4%) possuía referência para o nível terciário.

Não havia número limitado de vagas para a maioria das equipes (65,9%) para tratamento hospitalar, sendo a média de encaminhamento, um a quatro usuários/mês. Uma minoria (19,8%) relatou demanda reprimida para atendimento nesse nível de atenção. O contato da equipe do CEO com os profissionais do hospital não era uma prática corriqueira, 23,2% das equipes afirmaram que sempre havia troca de informações sobre os pacientes encaminhados. Os dados referentes ao atendimento hospitalar estão sumarizados na tabela 3.

Discussão

O estudo apontou uma distribuição desigual dos CEOs e dos profissionais que assistem as pessoas com deficiência pelo Brasil. Apesar de a odontologia para PNE ser uma das cinco especialidades mínimas previstas para o CEO¹⁰, nem todos os estabelecimentos se dispunham desse serviço, mesmo em vista dos incentivos adicionais para os CEOs que aderem a RCPD¹¹, com vazios assistenciais que revelam dificuldade no acesso aos serviços de atendimento odontológico da PcD em algumas localidades. A desproporcionalidade na distribuição dos serviços especializados também foi encontrada em outros estudos, cuja concentração se destacou em municípios de grande porte demográfico e com melhores índices de desenvolvimento¹⁶⁻¹⁹.

A concentração de especialistas na região Sudeste vai ao encontro da distribuição dos cursos de graduação de odontologia que também apresenta um desequilíbrio na oferta, concentrando-se, sobretudo, nessa região. Soma-se a isso, o fato de no Sudeste haver maior oferta de cursos de pós-graduação que nas demais regiões e o profissional, em busca de educação continuada tende a permanecer no local²⁰.

O PMAQ/CEO não abordou o atendimento às PcD quando da inexistência da especialidade. Entretanto, estudo mostra que, na ausência de CEOs habilitados com esse serviço, a demanda desse grupo é resolvida na AB ou nos CEOs que atendem às demais especialidades, de acordo com a necessidade do usuário, ou caso seja necessário, em nível hospitalar¹⁹.

As razões das necessidades especiais na prática odontológica são variadas, incluindo as doenças hereditárias, as alterações congênitas, as alterações que ocorrem durante a vida, como as condições sistêmicas, as alterações comportamentais, o envelhecimento, entre outras. No entanto, a presença dessas condições não impõe a necessidade de atendimento especializado em odontologia, devendo ser considerados o tipo e o grau de limitações vivenciadas pelo usuário²¹. A AB, na maioria das vezes, é o local ideal para o atendimento a esse público que referenciará apenas os casos mais complexos².

Portanto, pessoas com deficiência visual/auditiva/fala/física sem distúrbios de comportamento ou gestantes e bebês sem alguma limitação são exemplos de usuários que devem ser atendidos preferencialmente na AB, apesar de o estudo ter encontrado uma porcentagem elevada de equipes especializadas que prestam cuidado à esse público.

Esse achado vai ao encontro do estudo de Fonseca, 2008, cujo enquadramento como “especial”, às vezes, é a condição única para esses pacientes serem encaminhados para tratamento especializado²² o que pode estar relacionado à insegurança do profissional especialmente, no atendimento dos indivíduos que apresentam comprometimento físico/mental somado a outras condições clínicas²³. Autores atribuem essa insegurança a insuficiente qualificação, tanto na graduação quanto na pós-graduação²⁴. Esse cenário dificulta o acesso ao CEO do paciente que realmente necessita de tratamento odontológico especializado²³.

Embora as gestantes tenham sido o perfil menos citado, a maioria dos serviços especializados realiza atendimento a esse público. De fato, as gestantes são consideradas pacientes especiais, de risco transitório na odontologia²⁵, cujo atendimento é um assunto controverso, em função dos mitos baseados em crenças, tanto por parte das gestantes quanto do profissional que não se sente seguro em atendê-las^{26,27}. Conforme prevê o Ministério da

Saúde², o atendimento as gestantes de alto risco (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão descontrolada) pelos profissionais da AB pode demandar apoio matricial ou consulta conjunta com o especialista². Ressalta-se, entretanto, que o PMAQ-CEO incluiu na identificação do perfil dos pacientes, gestantes sem limitação, ou seja, aquelas que podem receber cuidados rotineiros pela ESB/AB.

Nessa perspectiva, é possível destacar a importância do apoio matricial para os profissionais da AB a fim de aumentar sua resolubilidade frente aos pacientes que demandam atenção especial, quer sejam pessoas com deficiência ou mesmo que apresentem alguma condição que o enquadre como paciente especial na odontologia, como é o caso das gestantes, diabéticos ou idosos sem complicações ou com alguma doença controlada.

De forma semelhante, é comum que a equipe do CEO também apresente demanda de apoio de outros profissionais, em especial, na resolução de casos considerados complexos²⁸. De fato, a maioria das equipes informou que a especialidade de PNE demanda apoio matricial, corroborando com resultados de estudos que evidenciam a dificuldade dos profissionais no atendimento as pessoas com deficiência^{22-24,29}. A demanda por matriciamento pode relacionar-se ademais, ao fato de não haver exigência de habilitação profissional para atuar nas especialidades do CEO⁶, realidade essa, encontrada no presente estudo cuja formação especializada em PNE atinge pouco mais de um terço dos profissionais.

Esse panorama reforça a importância da educação permanente destinada, aos profissionais que atuam na atenção secundária, de forma a contribuir com a qualidade do cuidado prestado e com a organização do serviço. No entanto, a educação permanente não era uma prática comum e não contemplava totalmente as demandas e necessidades da equipe. Possivelmente, devido falha no planejamento da atividade que deveria partir da análise coletiva dos processos de trabalho da equipe para identificação dos problemas permitindo a construção de estratégias contextualizadas de enfrentamento das dificuldades e maior chance de transformação das práticas profissionais^{2,30}.

A efetivação das ações em rede demanda um serviço de referência e contrarreferência organizado³¹ que deve ocorrer por meio de fluxos e protocolos pactuados⁸. O estudo encontrou a maioria dos serviços em uso de protocolos que orientam o encaminhamento dos pacientes para a especialidade de PNE, porém não se trata de uma ferramenta igualmente utilizada em todas as regiões.

Cumprе ressaltar que o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, do Ministério da Saúde de 2008 que apresenta um conjunto de recomendações que colaboram na elaboração dos fluxos de encaminhamento entre a AB e os CEOs, não contempla a especialidade de PNE,

a qual se pretendia ser abordada em um volume específico³² não publicado até o momento do 1º ciclo do PMAQ/CEO. A saber, em 2018, o Ministério da Saúde lançou o livro “A saúde bucal no Sistema Único de Saúde” que auxilia na organização do serviço em rede e aborda a especialidade de PNE².

Na mesma lógica de organização dos fluxos assistenciais da AB para o CEO, são referenciados para a atenção especializada (AE) hospitalar os pacientes especiais cujo manejo ambulatorial possui limitação^{2,27,33}.

A não restrição no número de cotas para encaminhamento a AE hospitalar somado a ausência de demanda reprimida de PNE pela maioria dos serviços, poderia sugerir facilidade no acesso a atenção hospitalar a esses pacientes. No entanto, o estudo encontrou uma porcentagem significativa de equipes sem referência definida e pactuada relacionada à atenção terciária, com destaque para a macrorregião Nordeste onde a maioria as equipes não possuíam referência hospitalar. Isso pode comprometer o adequado funcionamento em rede da atenção as PcD que em casos mais complexos ou frente à impossibilidade de manejo comportamental podem demandar a realização do tratamento sob anestesia geral^{2,27,33}.

Destaca-se, por fim, que a consolidação da RCPD pauta-se, em parte, na capacidade de articulação entre os pontos de atenção (AB; AE ambulatorial e AE hospitalar) com finalidade de superar lacunas assistenciais e organizacionais no que confere aos cuidados integrais à saúde das pessoas com deficiência³⁴, sendo imprescindível a organização dos serviços prestados a PcD nos diversos pontos de atenção da RASB.

Conclusões

A desproporcionalidade na distribuição dos CEOs e dos profissionais que atuam na especialidade de PNE, assim como a ausência de referência hospitalar para atendimento a esse público em algumas localidades, revela vazios assistenciais e representa barreira no acesso ao atendimento odontológico às pessoas com deficiência. Os CEOs revelaram fragilidades no modo de organização do serviço e processo de trabalho evidenciando a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de gestão que considere os princípios de regionalização e hierarquização no planejamento em saúde. É necessário melhor planejamento/uso das ferramentas de apoio matricial e educação permanente com finalidade de auxiliar no aumento da resolubilidade das demandas odontológicas desse público tanto na atenção básica quanto na especializada e organizar os fluxos das PcD na rede de forma a alcançar um cuidado integral, contínuo e longitudinal. Mesmo em vista da limitação da análise dos resultados em decorrência da utilização de dados secundários, o presente estudo contribui sobremaneira para

a visualização de como se organiza o atendimento das PcD na RASB em nível nacional, podendo subsidiar o planejamento em rede dos serviços odontológicos a esse público.

Contribuições

Otoni JLM e Martelli DRB participaram na concepção do estudo e todas as fases da confecção do manuscrito. Antunes CBA e Meira SN contribuíram na análise e interpretação dos dados. Silveira DMML contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Martelli PJL e Martelli Júnior H contribuíam na análise e interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo. Todos aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

1. Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde (CNES).[acesso em 2020 ago. 28] Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília, 2018. [acesso em 2019 set. 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.
3. Carrer FCA. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: Carrer FCA, Pucca Junior GA, Araújo ME (coord.). Silva DP, Gabriel M, Galante ML. (org.). SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP. 1. ed. 2019. p. 23-30.
4. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(3): 941-51.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 Set 2017.
6. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [acesso em 2019 set. 12]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Saúde Bucal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 92 p.
8. Haddad AS, Tagle EL, Passos VAB. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. [online] 2016; 70(2): 132-140. [acesso em 2020 mai. 13]. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762016000200006&script=sci_arttext.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites. Diário Oficial República Federativa do Brasil. 18 nov. 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Set. 2017.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1.341, de 29 de junho. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Diário Oficial da União. Jun. 2012.

12. Sampaio EF, César F N, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde* 2004; 17(3):127-34.
13. Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Liv. Santos, 2007.
14. Pecoraro PVBF, Silva MF, Maia MPC, *et al.* Pacientes com deficiências: metodologia e prática de inclusão social na faculdade de Valença/RJ. *Revista Interdisciplinar de Direito* 2013; 10(2):445-55.
15. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 2019 dez. 10] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf.
16. Arouca R, Pereira HC, Alves LC. Censo demográfico da força de trabalho nas especialidades odontológicas: Brasil, 2010: vol. I. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz: CFO, 2012.
17. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. saúde pública*, 2012; 28 (Supl.): S81-S89.
18. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, *et al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev. Odontol. UNESP* 2013; 42(5):317-23.
19. Morais Junior RC, Carvalho LGA, Ribeiro ILA, *et al.* Avaliação nacional dos centros de referência odontológica para atendimento de pacientes com necessidades especiais. *REFACS (online)* 2018 [acesso em 2020 mai. 13]; 6(2):166-173. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2811#:~:text=O%20presente%20estudo%20teve%20como,pacientes%20com%20necessidades%20especiais%20>
20. San Martin AS, Chisini LA, Martelli S, Sartori LRM, Ramos RC, Demarco FF. Distribuição dos cursos de odontologia e de cirurgões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. *Rev. ABENO*. 2018; 18(1):63-73.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
22. Fonseca A. Relação entre o Perfil do Paciente com Necessidade Especial Assistido em Serviços Públicos de Saúde e os Limites de Atuação do Cirurgião Dentista [tese] São Paulo: Programa de Pós – Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.
23. Freire ALASS. Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
24. Cancino CMH, Oliveira FAM, Engers ME, Weber JBB, Oliveira MG. Odontologia para pacientes com necessidades especiais - percepções, sentimentos e manifestações de alunos e

familiares de pacientes. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.

25. Martins LO, Pinheiro RPS, Arantes DC, et al. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião dentista. *Rev. Pan-Amazônica Saúde*. 2013; 4(4): 11-18.

26. Da Silva SRC, Rosell FL, Júnior AV. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev. bras. saúde mater. infant.* 2006; 6(4): 405-10.

27. Castro AM, Marchesotib MGN, Oliveira FS, et al. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev. Odontol. UNESP*. 2010; 39(3): 137-142.

28. Silva NA, Zina LG, Silva MAM, et al. A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJL. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil. Recife: UFPE, 2016.

29. Fonseca ALA, Azzalis LA, Fonseca FLA, et al. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Journal of Human Growth and Development*. 2010; 20(2); 208-216.

30. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*. 2008; 6(3): 443-456.

31. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, et al. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. salud. Pública*. 2015;17(3): 416-428.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: 2008. 128 p.

33. Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, et al. Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão geral. *Rev. odontol. UNESP*. 2009; 38(2): 105-9.

34. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2016; 26(3): 1033-1051.

Quadro 1. Perguntas selecionadas do módulo II da Avaliação Externa do PMAQ-CEO.

ENTREVISTA COM GERENTE DO CEO	
Subdimensão: Formação e qualificação dos profissionais do CEO	
II. 3.2 Formação dos cirurgiões-dentistas nas áreas de atuação no CEO:	Apenas graduação em Odontologia; Atualização/Aperfeiçoamento; Especialização/Mestrado/Doutorado
Subdimensão: Apoio Matricial	
II.7.1 A Equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	
II.7.2 Em qual área necessita com mais frequência?	
II. 7. 3 A equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?	
II. 7. 4 A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as ESB/AB na resolução de casos considerados complexos?	
Subdimensão: Caracterização da demanda e Organização da agenda	
II.9. O acesso ao CEO se dá por meio da demanda:	Mista (espontânea e referenciada) Espontânea Referenciada
Subdimensão: O CEO na Rede de Atenção à Saúde	
II. 10. 2 Qual critério utilizado pela ESB/ AB para o encaminhamento do usuário para o CEO?	Estratificação de risco Prioridade de programas Ordem de chegada
II.10.3 Existem cotas pré-definidas por Equipe de Saúde Bucal para o encaminhamento dos usuários para o CEO? (Pergunta direcionada a cada especialidade)	
II.10.4 O CEO recebe o usuário referenciado da UBS com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?	
II.10.5 Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades? (Pergunta direcionada a cada especialidade)	
II.10.6 Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica?	Através do prontuário eletrônico Nenhuma ação específica Através de ficha específica Através de sistema informatizado
II. 10.7 Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de Hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar?	Algumas vezes Nunca Sempre
II. 10.10 Quando há necessidade de anestesia geral ou sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar?	
II. 10.11 Como se organiza a oferta das vagas de encaminhamento para a atenção em ambiente hospitalar?	Sem número limitado Sistema de cotas Outros
II. 10.12 Existe demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar destes pacientes especiais?	
II. 10.13 Média mensal de pacientes especiais encaminhados para o nível hospitalar	
Subdimensão: Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO	
Informar o tempo estimado, em dias, para atendimento por especialidade (PNE)	
Subdimensão: Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais	
II.14.8 O CEO garante tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais?	
II.14.9 Qual o perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos no CEO?	Pacientes com movimentos involuntários Deficiência visual ou auditiva ou de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento Gestantes e bebês sem alguma limitação Pacientes autista Diabéticos, cardiopatas, idosos HIV positivos Pacientes com distúrbio de comportamento
ENTREVISTA COM CIRURGIÃO-DENTISTA	
Subdimensão: Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas	
II.18.1 O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?	
II.18.4 Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO?	

Gráfico 1. Distribuição dos centros de especialidades odontológicas pelas macrorregiões brasileiras, Brasil, 2014.

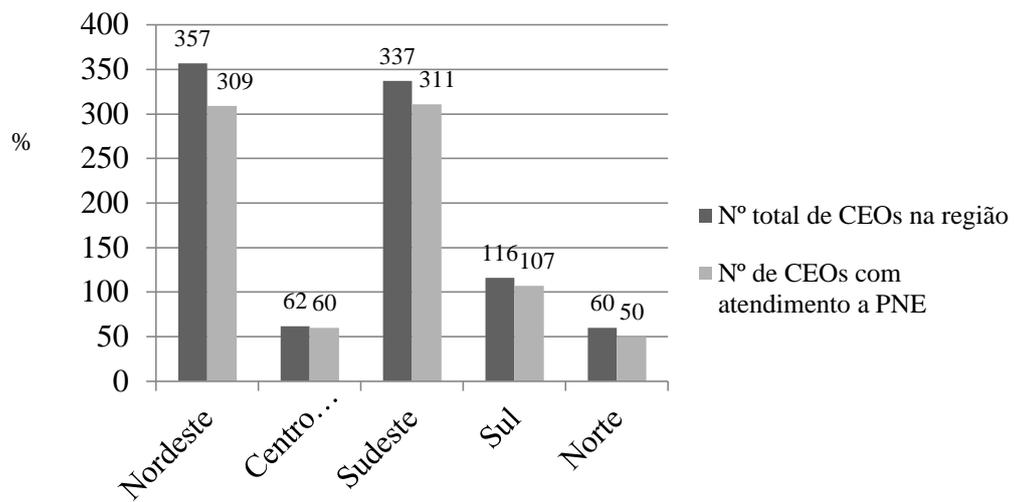


Gráfico 2. Qualificação profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na especialidade odontologia para pacientes especiais, nos centros de especialidades odontológicas

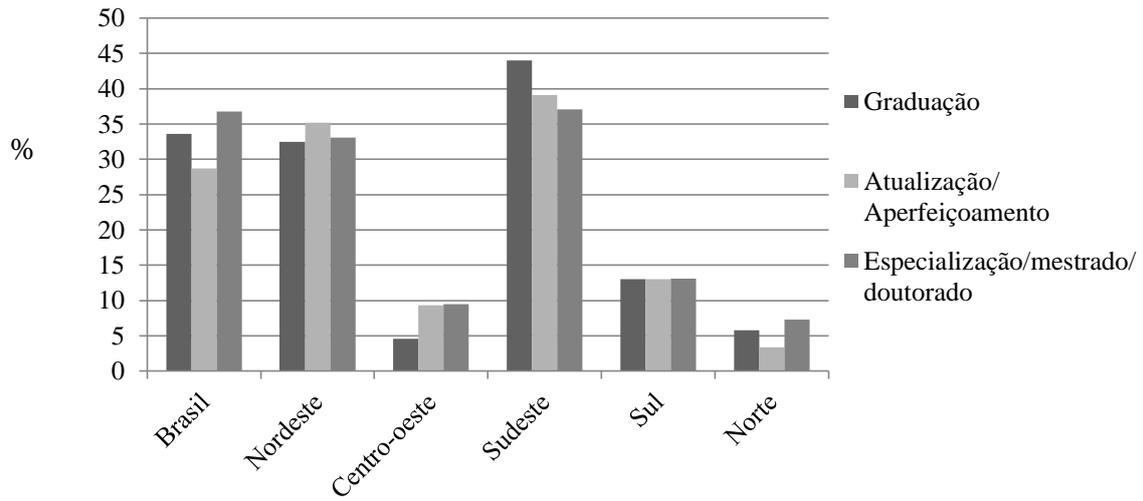


Tabela 1 - Perfil relacionado à condição de saúde dos pacientes atendidos na especialidade Odontologia para Pacientes Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014

Perfil dos pacientes	Frequência	%
Pacientes com distúrbio de comportamento	863	92,8
Deficiência visual/ auditiva/ fala/física sem distúrbios de comportamento	837	90,0
Movimentos involuntários	828	89,0
Diabético/ cardiopata/ idosos	810	87,1
Pacientes autistas	782	84,1
HIV positivos	733	78,8
Gestantes e bebês sem alguma limitação	650	69,9

Tabela 2 – Organização dos fluxos de referência para a especialidade de odontologia para pacientes especiais

Elementos envolvidos na organização das referências	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Existem protocolos clínicos que orientam os encaminhamentos para a especialidade de PNE?				
Nordeste	199	56,1	156	43,9
Centro-oeste	48	77,4	14	22,6
Sudeste	258	76,6	79	23,4
Sul	90	76,9	27	23,1
Norte	27	45,8	32	54,2
Brasil	622	66,9	308	33,1
A odontologia para PNE recebe o usuário referenciado da UBS com o termo, por escrito ou por meio eletrônico?				
Nordeste	247	69,6	108	30,4
Centro-oeste	55	88,7	07	11,3
Sudeste	280	83,1	57	16,9
Sul	88	75,2	29	24,8
Norte	33	55,9	26	44,1
Brasil	703	75,6	227	24,4
Existem cotas pré-definidas para o encaminhamento dos usuários para PNE?				
Nordeste	73	20,6	282	79,4
Centro-oeste	09	14,5	53	85,5
Sudeste	53	15,7	284	84,3
Sul	28	23,9	89	76,1
Norte	03	5,1	56	94,9
Brasil	166	17,8	764	82,1
Há garantia de tratamento completo para a pessoa com deficiência?				
Nordeste	280	78,9	75	21,1
Centro-oeste	55	88,7	07	11,3
Sudeste	284	84,3	53	15,7
Sul	100	85,5	17	14,5
Norte	50	84,7	09	15,3
Brasil	769	82,7	161	17,3

Tabela 3. Elementos relacionados à atenção odontológica hospitalar às pessoas com deficiência

Elementos	N	Frequência	%
Referência hospitalar	930		
Referência pactuada para atenção hospitalar		555	59,7
Organização da oferta de vagas na atenção hospitalar	555		
Sistema de cotas		121	21,8
Sem número limitado		366	65,9
Outros		68	12,3
Demanda reprimida para atenção hospitalar	555		
Sim		110	19,8
Não		410	73,9
Não sabe informar		35	6,3
Média mensal de encaminhamento para atenção hospitalar	555		
1 a 4		504	90,8
5 a 8		35	6,3
Mais de 8		16	2,9
Frequência de contato entre profissionais do CEO e do hospital	930		
Sempre		216	23,2
Algumas vezes		481	51,7
Nunca		233	25,1

6 PRODUTOS TÉCNICOS

6.1 Produto técnico I

Considerando:

- o câncer de boca se trata de um problema de saúde pública com importante morbimortalidade cujo diagnóstico, em mais de 50% dos casos, acontecem em estágios avançados da doença;
- a importância de um adequado sistema de referência e contrarreferência para o funcionamento de um sistema de saúde em rede e
- o encaminhamento realizado pela atenção básica aumenta a chance do usuário retornar a esse nível de atenção colaborando no atendimento contínuo e integral.

Buscou-se com o produto técnico I capacitar a população em geral, especialmente aqueles com mais de 40 anos, fumantes e/ou etilistas, na detecção precoce de quaisquer lesões de boca e alertar quanto à importância de procurar a unidade básica de saúde mais próxima para que todos os fluxos do usuário na rede ocorram de maneira sistemática e eficiente.

Para tanto foi elaborado um vídeo educativo, apresentado ao coordenador de saúde bucal do município de Montes Claros, para divulgação do mesmo à população de interesse, principalmente por meio dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, podendo ser divulgado em mídias sociais e página da secretaria de saúde do município. O mesmo também foi disponibilizado na plataforma YouTube (<https://youtu.be/i0mMsnUAtQI>)

6.2 Produto técnico II

Considerando:

- o atendimento odontológico de pessoas com deficiência deve ocorrer preferencialmente nas unidades básicas de saúde;
- casos mais complexos podem requerer atenção especializada ambulatorial ou mesmo, hospitalar;
- a importância de um adequado sistema de referência e contrarreferência para o funcionamento de um sistema de saúde em rede e
- o encaminhamento realizado pela atenção básica aumenta a chance do usuário retornar a esse nível de atenção colaborando no atendimento contínuo e integral a esse público.

Buscou-se com o produto técnico II informar a população em geral, especialmente àqueles com alguma deficiência ou cuidadores de pessoas com deficiência, quanto ao atendimento desse público na atenção básica e como ocorre o fluxo desses usuários em caso de necessidade de encaminhamento à atenção especializada ambulatorial ou hospitalar.

Para tanto foi elaborado um vídeo educativo, apresentado ao coordenador de saúde bucal do município de Montes Claros, para divulgação do mesmo à população de interesse, principalmente por meio dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, podendo ser divulgado em mídias sociais e página da secretaria de saúde do município. O mesmo também foi disponibilizado na plataforma YouTube (<https://youtu.be/eBPHvzHCggU>).

7 CONCLUSÕES

Após a realização do presente estudo e respondendo aos objetivos específicos, conclui-se que:

1. Menos da metade dos profissionais possuíam pós-graduação nas áreas investigadas, quer seja especialização, mestrado e/ou doutorado. Somado àqueles com aperfeiçoamento/atualização, ultrapassava 60% em ambas as especialidades. Verificou-se uma distribuição desigual dos especialistas entre as macrorregiões, concentrando-se, sobretudo, na Sudeste.
2. Quanto à organização dos serviços especializados na rede de atenção à saúde bucal, em especial no que confere ao sistema de referência e contrarreferência, observou-se presença de protocolos clínicos pactuados que orientavam os encaminhamentos e o usuário encaminhado com termo por escrito/meio eletrônico para ambas as especialidades, na maioria das equipes. No entanto, houve diferenças macrorregionais, com destaque para o Norte, que apresentou o menor número de equipes com padronização nos encaminhamentos. Também houve diferenças regionais quanto à referência hospitalar pactuada para tratamento odontológico, com destaque para a macrorregião Nordeste que apresentou a maioria das equipes sem referência para o nível terciário. Observou-se necessidade de incentivar a prática da educação permanente aos profissionais envolvidos na prestação dos serviços assim como ampliar a abordagem ao câncer de boca nas ações de matriciamento
3. A biópsia foi realizada pela maioria das equipes de saúde bucal da atenção especializada no país e, no geral, houve gestão satisfatória dos fluxos que o procedimento demanda, tais como: referência laboratorial para encaminhamento dos espécimes para análise histopatológica, referência para os casos confirmados de câncer, e prazo breve para realização da biópsia contado a partir da identificação da necessidade do procedimento.
4. Os usuários atendidos na especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais possuíam condições variadas, sendo o paciente com distúrbio do comportamento o perfil mais citado. No entanto, os demais perfis avaliados, incluindo pacientes que não apresentam condição de saúde que demande, por si, um tratamento especializado, também foram amplamente citados no atendimento na atenção secundária.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMAQ/CEO revelou vazios regionais em relação à assistência estomatológica e atendimento das pessoas com deficiência e diferenças quanto ao processo de trabalho evidenciando a complexidade da gestão de um sistema de saúde em rede. As fragilidades evidenciadas nas especialidades em estudo, levando em consideração as diferenças intra e interregionais, apontam para uma insuficiência organizativa em algumas localidades e necessidade de fortalecimento dos mecanismos de gestão que considere os princípios de regionalização e hierarquização no planejamento em saúde a fim de se evitar sobrecarga dos municípios e diminuir as iniquidades na oferta do cuidado.

Mesmo em vista da limitação da análise dos resultados em decorrência da utilização de fonte secundária, com impossibilidade de controlar e/ou garantir a qualidade dos dados assim como, impossibilidade de inferência causal, o presente estudo contribuiu para melhor visualizar a organização em rede da assistência estomatológica e do atendimento das pessoas com deficiência, no país, podendo subsidiar o planejamento dos serviços especializados em saúde bucal, especialmente nos processos de trabalho e impactar na resolubilidade do sistema.

Tratou-se de um estudo pioneiro, que apresentou, em nível nacional, a atuação da estomatologia e da odontologia para pacientes com necessidades especiais na rede de atenção à saúde bucal do SUS.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer Facts & Figures 2020*. Atlanta: American Cancer Society; 2020.

ANDREOTTI, M.; RODRIGUES, A.N.; CARDOSO, L.M.N.; FIGUEIREDO, R.A.O.; ELUF-NETO, J.; WÜNSCH-FILHO, V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. saúde pública*, v. 22, n. 3, p. 543-552, 2006.

AROUCA, R.; PEREIRA, H. C.; ALVES, L. C. *Censo demográfico da força de trabalho nas especialidades odontológicas: Brasil, 2010: vol. I*. [Internet]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz: CFO, 2012. 237 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16458/2/CensoDemografico.pdf>>. Acesso em: 20 set., 2019

BERTA, W.; BARNESLEY, J.; BLOOM, J.; COCKERILL, R.; DAVIS, D.; JAAKKIMAINEN, L. *et al.* Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. *Can Fam Physician*, v. 54, n. 10, p. 1432-3, 1433.e1-6. 2008 Oct. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18854473/>>. Acesso em: 20 jan., 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1990a.

_____. *Decreto N° 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1, p. 3. 26 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 12 set., 2019.

_____. *Lei n 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 28 dez. 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 10 jan., 2020.

_____. *Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 20 set. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 jan., 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto N° 7.612, de 17 de novembro de 2011*. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Brasília/DF, 18 nov. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. CHIAVERINI, D. H. (org.). Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011b.

- _____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996.
- _____. Ministério da Saúde. *O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde– Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores / Brasília, 96 p, 2015a.*
- _____. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008e.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3*, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília/DF, set. 2017b.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 05/GM*. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017a.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS no 1.996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1444*, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria Ministerial nº 1.341*, de 29 de junho. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília/DF, jun. 2012c.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.559*, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília/DF, Seção 1, 4 ago 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.012*, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279 GM/MS*, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 741*, de 19 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União. Brasília, 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html>. Acesso em 15 nov., 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1464/GM*. Altera o Anexo da Portaria n.º 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 600/GM*, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial*. Brasília: Ministério da Saúde, SNAS, 23p.1992.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO). *Manual Instrutivo 2º Ciclo (2015 – 2016)*. Brasília/DF, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ/*Instrumento de avaliação externa para Centros de especialidades odontológicas (CEO)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013b.

_____. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003*. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília/DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. *Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília/DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 30 set., 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de especialidades em saúde bucal*. Brasília/DF, 128 p.2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. *Caderno de Atenção Básica n 17*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2. ed. Brasília/DF, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. SB BRASIL, 2010: *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais*. Brasília: MS, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 10 dez., 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154*, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 25 jan. 2008a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 abr., 2020.

_____. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf>. Acesso em: 10 dez., 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria SAS nº 380* de 13 de agosto de 2010. Estabelece que os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, descritos nos anexos I, II, III e IV, desta portaria, atualmente com instrumento de registro em BPA consolidado (BPA-C), passem a ser registrados no SIA/SUS, por meio do BPA-I, conforme cronograma disposto neste ato. Diário Oficial da União. Brasília, 2010b.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 28 ago., 2020.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007.

CARRER, F. C. A. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: CARRER, F.C.A.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ARAÚJO, M. E. (coord.). SILVA, D. P.; GABRIEL, M.; GALANTE, M. L. (org.). *SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir*. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP. 1. ed. 2019.

CASTRO, A.M.; MARCHESOTIB, M.G.N.; OLIVEIRA, F.S.; NOVAES, M.S.P. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol UNESP*, v. 39, n.3, p. 137-142, 2010.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 23 mai., 2020.

CHAVES, S.C.L.; CRUZ, D.N.; BARROS, S.G.DE; FIGUEIREDO, A.L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 1, p. 143-154, Jan. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia*. Versão atualizada em julho de 2012. Disponível em: < www.cfo.org.br>. Acesso em: 02 set., 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução CFO nº 22 de 27/12/2001*. Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7612-17-novembro-2011-611789-norma-pe.html>>. Acesso em: 12 set., 2020.

DA SILVA, S.R.C.; ROSELL, F.L.; JÚNIOR, A.V. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, v. 6, n. 4, p. 405-10, 2006.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L.(org.). *Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais* [recurso eletrônico]. Recife: Editora UFPE, 2016.

FREITAS, C.H.S.M.; LEMOS, G.A.; PESSOA, T.R.R.F.; ARAÚJO, M.F.DE; FORTE, F.D.S. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 131-143, Mar. 2016.

GOES, P.S.A. de; FIGUEIREDO, N.; NEVES, J.C. das; SILVEIRA, F.M.M.; COSTA, J.F.R.; PUCCA JÚNIOR, G. A., *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28(Supl.), p:S81-S89, 2012.

GONÇALVES, C.A.; VAZQUEZ, F.L.; AMBROSANO, G.M.B.; MIALHE, F.L.; PEREIRA, A.C.; SARRACINI, K.L.M., *et al.* Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciênc saúde colet*, v. 20, n. 2, p. 449-460, 2015.

HADDAD, A. S.; TAGLE, E. L.; PASSOS, V. A. B. Momento atual da Odontologia para Pessoas com Deficiência na América Latina: situação do Chile e Brasil. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* [online],v.70, n.2, p. 132-140, 2016. Disponível em:<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762016000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mai., 2020.

HADDAD, A.S. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Liv. Santos, 723 p., 2007.

HERKRATZ, F.J.; VIEIRA, J.M.R.; VETTORE, M.V.; REBELO, M.A.B.; FIGUEIREDO, N.; CASTRO, P.H.D.F. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: FIGUEIREDO N., GOES P. S. A., MARTELLI P. J. L. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: UFPE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. *Censo demográfico 2010*. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 12 set., 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. *Pesquisa nacional de saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões* / IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/59496b5633873.pdf>>. Acesso em: 12 set., 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Monitoramento das ações de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral*. Boletim ano 7, n.1, jan/abr 2016. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccao-precoce-1-2016.pdf>>. Acesso em: 23 set., 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 12 set., 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil*: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/versao-completa.pdf>>. Acesso em: 23 nov., 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Monitoramento das ações de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral*. Boletim ano 5, n.3, setembro/dezembro de 2014. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccao-precoce-3-2014.pdf>>. Acesso em: 23 set., 2019.

LUVISON, I.R.; JAHNKE, M.M.; REIS, M.L.; FIGUEIREDO, N. Interface Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas: que pontes existem? In: FIGUEIREDO N., GOES P. S. A., MARTELLI P. J. L. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: UFPE, 2016.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1149-1163, abr. 2015.

MARTINS, L.O.; PINHEIRO, R.P.S.; ARANTES, D.C.; NASCIMENTO, L.S.; SANTOS JÚNIOR, P.B. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião dentista. *Rev Pan Amazônica de Saúde*, v. 4, n.4, p. 11-18, 2013.

MELLO, A.L.S.F. de; ANDRADE, S.R.de; MOYSÉS, S.J.; ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 205-214, jan. 2014.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 20 jan., 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MORRIS, A. J.; BURKE, F. J. T. Health policy: primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J.*, v. 191, n. 12, p.660–664, 22 dez., 2001.

MUNKEVIZ, M. S. G.; PELICIONI, M. C. F. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: perspectiva do usuário. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 787-797, 2010.

NUNES, M.F.; FRANÇA, M.A.S.A; WERNECK, M.F.; GOES, P.S. PMAQ - CEO External Evaluation: Revealing Indicators for Planning Services. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.*, v. 18, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 1, p. 229-238, jan. 2015.

PECORARO;P.V.B.F; SILVA, M.F.; MAIA, M.P.C.; CONDÉ, S.P. Pacientes com deficiências: metodologia e prática de inclusão social na faculdade de Valença/RJ.*Revista Interdisciplinar de Direito*,v. 10, n. 2, 2013.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, set. 2016.

PINTO, M.H.B.; ARAÚJO, M.E.; FUJIMAKI, M.; DITTERICH, R.G.; TERADA, R.S.S.; MARTELLI, P.J.L.As Redes de Atenção à Saúde Bucal - O Papel do CEO. In:FIGUEIREDO N., GOES P. S. A., MARTELLI P. J. L. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: UFPE, 2016.

PUCCA JUNIOR, G.A.; LUCENA, E.H.G.; CAWAHISA, P.T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*.São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 26-32, 2010.

ROHDEN, N. T.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. Análise sobre a inserção da especialidade de Estomatologia do Hospital Universitário no Sistema de Regulação de Florianópolis e seus benefícios na prática odontológica. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, v. 13, p. 25–45, 2013.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino am. enferm.* (Online), Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 mai., 2020.

SANTIAGO, B.M.; AMARAL, J.H.L.; ZINA, L.G.; WERNECK, M.A.F; PADILHA, W.W.N.A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO. In: FIGUEIREDO, N; GOES, PSA; MARTELLI, PJL. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: UFPE, 2016.

SCARPARO, A.; ZERMIANI, T. C.; DITTERICH, R.G.; PINTO, M.H.B. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*, v. 23, n. 4, p. 409-415, dez. 2015.

SILVA, A.N.; ZINA, L.G.; SILVA, M.A.M.; WERNECK, M.A.F.; ABREU, M.H.N.G.; GOES, P.S.A. *et al.* A Importância das Ações de Gestão na Organização do Trabalho nos CEO. In: FIGUEIREDO N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: UFPE, 2016.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, ago. 2017.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994.

SOARES, J.M.A.; SILVA, G.W.; BELLIGOLI, L.Q.G; NUNES, L.L.; BRETAS, P.M.C; NETO, S.C.P. *et al.* Why do we treat mouth cancer in advanced stages? *Rev. Méd. Minas Gerais*, v. 25, n. 3, p. 395-399, 2015.

SOUZA GEORGIA C.; SOUSA LOPES, M.L.D.; RONCALLI ANGELO, G.; MEDEIROS-JÚNIOR, A. CLARA-COSTA, I. C. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev. Salud Pública*. Bogotá, v. 17, n. 3, p. 416-428, mai. 2015.

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

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A.S.; UNGER, J.P.; DA-SILVA, M.R.F.; PAEPE, P.; VÁZQUEZ, M.L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health policy plan.*, v. 30, n. 6, p. 705–717, 1 jul. 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Perguntas selecionadas do módulo II da avaliação externa do PMAQ-CEO.

Módulo II do 1º ciclo PMAQ/CEO – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos
ENTREVISTA COM GERENTE DO CEO
Subdimensão: Formação e qualificação dos profissionais do CEO
II. 3.2 Formação dos cirurgiões-dentistas nas áreas de atuação no CEO: Apenas graduação em Odontologia; Atualização / Aperfeiçoamento; Especialização/Mestrado/Doutorado
Subdimensão: Apoio Matricial
II.7.1 A Equipe do CEO necessita de apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?
II.7.2 Em qual área necessita com mais frequência?
II.7.3 A equipe do CEO recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos?
II.7.4 A Equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as ESB/AB na resolução de casos considerados complexos?
II.7.6 Quais ações os profissionais do CEO realizam junto às Equipes de Saúde Bucal da AB? Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores Ações clínicas compartilhadas com os profissionais das ESB da AB Capacitação com os profissionais da atenção básica para a detecção do câncer de boca? Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais das ESB da AB Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais das ESB da AB Construção e discussão de protocolos clínicos Pactua critérios para referência por especialidade Realizam visitas com os profissionais das ESB da AB, quando solicitados
Subdimensão: Caracterização da demanda e Organização da agenda
II.9. O acesso ao CEO se dá por meio da demanda: Espontânea / Referenciada / Mista (espontânea e referenciada)
Subdimensão: O CEO na Rede de Atenção à Saúde
II. 10. 2 Qual critério utilizado pela ESB/ AB para o encaminhamento do usuário para o CEO? Ordem de chegada Estratificação de risco Prioridade de programas
II.10.3 Existem cotas pré-definidas por Equipe de Saúde Bucal para o encaminhamento dos usuários para o CEO? (Pergunta direcionada a cada especialidade)
II.10.4 O CEO recebe o usuário referenciado da UBS com o termo, por escrito ou por meio eletrônico, com a descrição do caso, critérios clínicos definidos e tratamentos clínicos prévios realizados?
II.10.5 Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da Atenção Básica aos CEO para as seguintes especialidades? (Pergunta direcionada a cada especialidade)
II.10.6 Qual a forma que é realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica? Através de ficha específica Através de sistema informatizado Através do prontuário eletrônico Nenhuma ação específica
II. 10.7 Com que frequência os profissionais do CEO entram em contato com profissionais de Hospitais para trocar informações sobre os pacientes encaminhados para a assistência hospitalar? Sempre Algumas vezes Nunca

Continua...

ANEXO A – Perguntas selecionadas do módulo II da avaliação externa do PMAQ-CEO.

Módulo II do 1º ciclo PMAQ/CEO – Entrevista com Gerente do CEO, com Cirurgião-Dentista do CEO e Verificação de Documentos
ENTREVISTA COM GERENTE DO CEO
II. 10.10 Quando há necessidade de anestesia geral ou sedação a nível hospitalar, existe referência definida e pactuada, relacionada à atenção em ambiente hospitalar?
II. 10.11 Como se organiza a oferta das vagas de encaminhamento para a atenção em ambiente hospitalar? Sistema de cotas Sem número limitado Outros
II. 10.12 Existe demanda reprimida para atendimento a nível hospitalar destes pacientes especiais?
II. 10.13 Média mensal de pacientes especiais encaminhados para o nível hospitalar
Subdimensão: Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento no CEO
Informar o tempo estimado, em dias, para atendimento por especialidade (estomatologia e PNE)
Subdimensão: Biópsia e encaminhamento para análise anátomohistopatológica
II.12.1 O CEO realiza biópsia? Sim Não, porque não há material/instrumental disponível. Não, porque não há laboratório para encaminhamento. Não, porque não há profissional capacitado. Não, outros
II.12.2 Qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?
II.12.3 O CEO possui referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anátomohistopatológica?
II.12.4 Na maioria das vezes, como é realizado o encaminhamento da peça para o laboratório?
II.12.5 Qual o prazo para recebimento do laudo do patologista, contando a partir da coleta do material para Biópsia?
Subdimensão: Atenção ao câncer de boca
II.13.1 O CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?
II.13.2 O CEO possui referência para encaminhamento de casos confirmados de câncer de boca?
Subdimensão: Mínimas Especialidades Odontológicas do CEO: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor e PNE
Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais
II.14.8 O CEO garante tratamento completo para os Pacientes com Necessidades Especiais?
II.14.9 Qual o perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos no CEO? Pacientes com movimentos involuntários Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou de fala ou física que não apresentam distúrbios de comportamento Gestantes e bebês sem alguma limitação Pacientes autista Diabéticos, cardiopatas, idosos HIV positivos Pacientes com distúrbio de comportamento
ENTREVISTA COM CIRURGIÃO-DENTISTA
Subdimensão: Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas
II.18.1 O município promove ações de educação permanente que incluam os profissionais do CEO?
II.18.4 Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da Equipe do CEO?

ANEXO B – Certificado de apresentação no I Congresso Internacional em Cuidado Primário em Saúde



**II CONGRESSO INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
I CONGRESSO INTERNACIONAL EM BIOTECNOLOGIA
I CONGRESSO INTERNACIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE**

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO (Modalidade ê-pôster)

Certificamos que Julimary Larissa Mendes Ottoni apresentou o trabalho científico intitulado **“THE SCENARIO OF STOMATOLOGY IN HEALTH UNIC SYSTEM”** no II Congresso Internacional em Ciências da Saúde, I Congresso Internacional em Biotecnologia e I Congresso Internacional em Cuidado Primário em Saúde, realizados entre os dias 30 de setembro e 02 de outubro de 2019.

Os trabalhos científicos deste evento foram publicados nos Anais da Revista Unimontes Científica.

João MO Andrade

João Marcus Oliveira Andrade
Presidente da Comissão Organizadora do Evento



ANEXO C – Resumo em Anais da XIV Mostra Científica de Enfermagem

ISSN 2317-3092

ANAIS DA XIV MOSTRA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM on-line

ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Julimary Larissa Mendes Ottoni^{1,2}, Denise Lúcio da Silveira^{1,2}, Petrônio José de Lima Martelli³,
Verônica Oliveira Dias², Natália Lopes Castilho¹, Hercílio Martelli Júnior², Daniella Reis Barbosa
Martelli²

¹ Cirurgiã dentista.

² Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde – Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

³ Departamento de Medicina Social – Universidade Federal do Pernambuco, Pernambuco, Brasil.

Objetivos: quantificar e analisar a formação dos cirurgiões dentistas (CD) que atuam na especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais (PNE) nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Métodos:** estudo quantitativo, descritivo e analítico com dados do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Resultados:** a pesquisa encontrou 1.347 CD atuando em PNE, distribuídos assimetricamente pelas regiões brasileiras, a saber: aproximadamente 72% concentram-se no Sudeste (36,8%) e Nordeste (36%), sendo que a região Norte apresenta o menor percentual (5,5%). Em 59,3% dos CEO há ao menos um CD referência para a especialidade, porém 10,2% não possuem CD para PNE. Há distribuição semelhante em relação à formação desses profissionais. Porém, a maioria dos que possuem título de especialização/mestrado/doutorado estão no Sudeste (37%) e Nordeste (33%). Ademais, dos 930 CEO que participaram do programa, 573 não possuíam CD com algum desses títulos. **Conclusão:** há uma distribuição desigual no número de CD referência para PNE, nas diversas regiões do Brasil. Observou-se vazios assistenciais, que comprometem a garantia do atendimento integral e evidencia a fragilidade da rede de atenção em saúde bucal no atendimento a pacientes com necessidades especiais, em algumas localidades.

Descritores: Avaliação em Saúde, Assistência à Saúde, Atenção Secundária.