



Artigo original

Atenção secundária em estomatologia nos centros de especialidades odontológicas do Brasil*

Secondary care in oral medicine at dental specialty centers, Brazil

Julimary Larissa Mendes Ottoni¹ , Petrônio José de Lima Martelli² , Hercílio Martelli Júnior¹ , Verônica Oliveira Dias¹ , Denise Maria Mendes Lúcio da Silveira¹ , Samuel Trezena¹  e Daniella Reis Barbosa Martelli¹ 

¹Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros-MG, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-PE, Brasil.

Resumo

Objetivo: descrever a organização da assistência em Estomatologia dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) do Brasil. **Materiais e Métodos:** realizou-se estudo transversal e descritivo utilizando dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). **Resultados:** foram avaliados um total de 930 CEOs. Deste montante, 65,5% das equipes eram habilitadas em estomatologia e se concentravam no Sudeste (37,8%). 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 (86,9%) e atendimento agendado em até uma semana (78,3%). A biópsia era comumente realizada (82,4%), as equipes possuíam referência para casos de câncer (80%) e o tema câncer de boca, abordado por 54,5% das equipes no matriciamento. **Conclusão:** o PMAQ-CEO revelou vazios regionais em relação à assistência em estomatologia e diferenças na organização do trabalho nos diversos estabelecimentos. Há necessidade de se conhecer as desigualdades regionais na organização dos serviços para melhor planejamento das políticas públicas a fim de diminuir o desequilíbrio 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

Objective: to describe Oral Medicine organization and assistance in Brazilian Dental Specialty Centers (CEOs in Portuguese). **Materials and Methods:** cross-sectional and descriptive study was carried out using data from the Access and Quality Improvement Program for Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO in Portuguese). **Results:** a total of 932 CEOs were evaluated. Of these CEOs, 65.5% of the teams were qualified in Oral Medicine and were concentrated in the Southeast Region (37.8%). There were regional differences in the organization of services references. However, protocols that guided referrals to the specialty were observed in most CEOs (57.8%); users referred with a written term/electronic records (61.7%); without pre-defined quotas for referral (86.9%) and appointment scheduled within one week (78.3%). Biopsies were commonly performed (82.4%). CEOs had references for cancer cases (80%) and oral cancer was addressed by 54.5% in matrix support. **Conclusion:** PMAQ-CEO revealed regional gaps in relation to assistance in Oral Medicine and differences in the organization of work in different establishments. There is a need to know the regional inequalities in the organization of services for better planning of public policies in order to reduce the imbalance in the provision of care and access and use of services.

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

Autor correspondente: Samuel Trezena | samueltrezena@gmail.com

Recebido em: 10/07/2023. **Aprovado em:** 20/10/2023. **Como citar este artigo:** Ottoni JLM, Martelli PJJ, Martelli Junior H, Dias VO, Silveira DMML, Trezena S, *et al.* Atenção secundária em estomatologia nos centros de especialidades odontológicas do Brasil. Revista Bionorte. 2023 jul-dez;12(2):426-38. <https://doi.org/10.47822/bn.v12i2.805>



*Artigo extraído de dissertação de mestrado intitulada “A Estomatologia e a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais nos Centros de Especialidades Odontológicas do Sistema Único de Saúde”, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), 2021.

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal, 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 com a implantação de um modelo de assistência que articula 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 13^a 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 buscou descrever 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.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo que utilizou 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 e estão disponíveis em formato online¹¹. Foram avaliados 930 CEOs participantes do programa.

A AVE PMAQ-CEO foi organizada em três módulos, a saber: módulo I – observação direta com intuito de avaliar condições de infraestrutura dos CEOs, equipamentos, instrumentos, medicamentos, materiais e insumos; módulo II – entrevista com gerente e cirurgião-dentista para obtenção de informações sobre processos de trabalho da equipe e organização do cuidado com o usuário; e módulo III – entrevista com usuário a fim de verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde. 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. 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 por um Comitê de Ética e Pesquisa.

Resultados

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

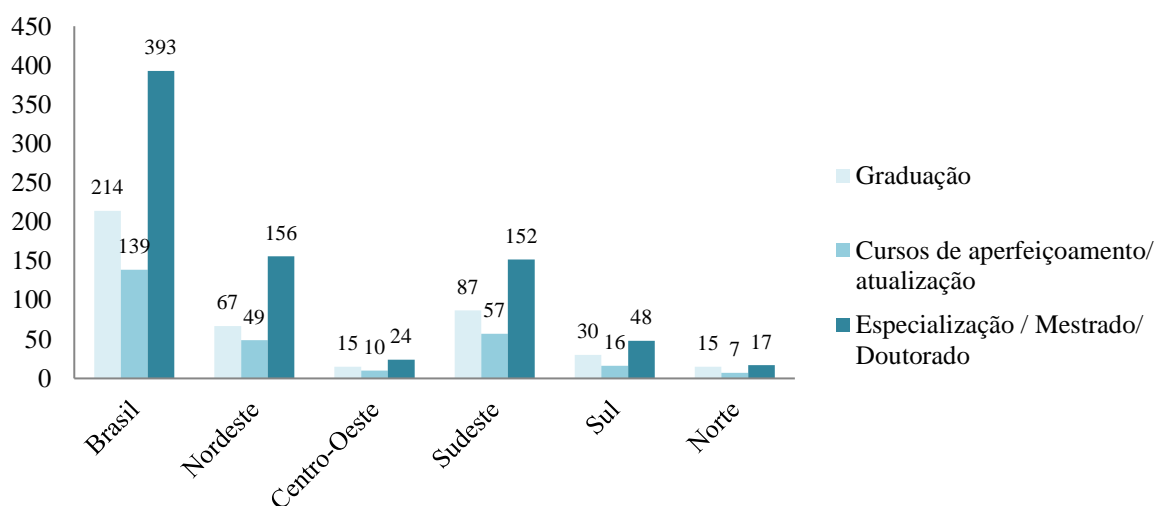
Gestão de pessoas na assistência estomatológica

Os resultados da AVE PMAQ-CEO revelaram 746 cirurgiões-dentistas atuando na assistência estomatológica, distribuídos em 611 CEOs do Brasil, ou seja, dos 930 CEOs avaliados, 319 (34,4%)

não eram habilitados em estomatologia. A macrorregião Sudeste concentrava o maior número desses serviços (n=228; 37,8%), seguida da Nordeste (n=222; 36,1%) e a menor média nacional, na Norte (n=35; 5,8%). Nos estados do Acre, Amazonas e Roraima não houve relato de CEO habilitado na especialidade.

Menos da metade dos profissionais (n=353; 47,3) não possuía formação especializada na área investigada. Somado ao percentual daqueles com atualização e/ou aperfeiçoamento, esse índice alcançava 65,9%. 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 (Figura 1).

Figura 1. Número de profissionais atuantes na área odontológica segundo formação profissional no Brasil e sua distribuição por macrorregião geográfica (N=746).



A assistência estomatológica na RASB

O acesso ao CEO se dava, em sua maior parte, por encaminhamento (n=533; 57,3%). Porém, uma porcentagem expressiva das equipes (n=397; 42,7%) recebia o usuário por demanda espontânea e referenciada (forma mista) ou totalmente espontânea. As equipes de saúde bucal da AB adotavam a ordem de chegada à unidade básica de saúde para encaminhamento dos usuários ao CEO (n=452; 48,6%). Diferentemente do que ocorre nas demais macrorregiões, no Sudeste a estratificação de risco era critério prioritário, adotado pela equipe de saúde bucal da AB para encaminhamento à atenção especializada (n=411; 44,2%).

Quanto à organização dos fluxos dos usuários da AB para a estomatologia, a maioria dos entrevistados (n=538; 57,8%) comprovou a existência de protocolos clínicos pactuados que orientavam os encaminhamentos. De fato, 61,7% das equipes do CEO (n=574) recebiam os usuários encaminhados da AB à assistência estomatológica, com um termo por escrito ou por meio eletrônico.

Não havia cotas pré-definidas por equipe de saúde bucal da AB para os encaminhamentos (n=808; 86,9%). A Tabela 1 apresenta esses resultados por macrorregião, em que se observam diferenças regionais quanto aos elementos investigados.

Tabela 1. Elementos relacionados à organização dos fluxos de usuários para a especialidade de Estomatologia dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.

Elemento	Sim		Não	
	n	%	n	%
Há protocolos clínicos que guiam o referenciamento 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 especialidade recebe o usuário encaminhado pela Unidade Básica de Saúde com 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
Brasil	574	61,7	356	38,3
Existem cotas predefinidas para o encaminhamento de 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
Brasil	122	13,1	808	86,9

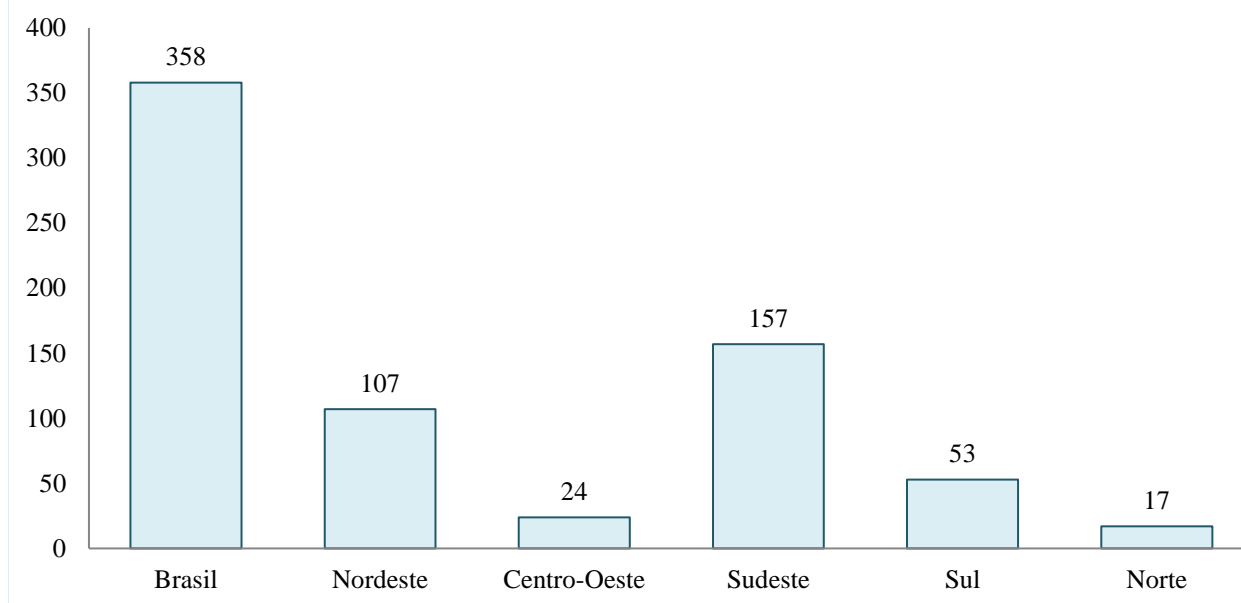
O atendimento na estomatologia era realizado no mesmo dia ou em até uma semana (n=478, 78,3%), seguido do atendimento em até 30 dias (n=123; 20,2%). Apenas (n=09) 1,5% das equipes afirmaram tempo de espera para atendimento de até seis meses. A contrarreferência era realizada por meio de ficha específica, na maioria dos CEOs (n=527; 86,2%). Menos de 1% (n=06) o faziam por meio de sistema informatizado ou prontuário eletrônico e 6,6% (n=39) 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 (n=591; 63,7%) sendo essa demanda atendida na maioria das equipes (n=742; 79,9%). Das especialidades investigadas pelo programa, 60,8% (n=564) dos entrevistados afirmaram que a estomatologia demanda por apoio matricial.

Nas ações de matriciamento dos profissionais do CEO junto às equipes de saúde da 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 menos da metade de todos os CEOs (n=358, 38,5%). Foram observadas diferenças regionais quanto ao desenvolvimento do matriciamento com as macrorregiões Sudeste e Nordeste apresentando maior número de equipes que abordam o câncer de boca, 46,6% (n=157) e 30,1% (n=107), respectivamente. Nas demais regiões, menos da metade das equipes tratavam do assunto (Figura 2).

Figura 2. Abordagem do câncer bucal nas ações matriciais dos profissionais dos centros de especialidades odontológicas junto às equipes da atenção básica (n=930).



A educação permanente realizada pelos municípios não se tratou de uma prática comum às equipes do CEO (49,5%). Ademais, dos que afirmaram que havia oferta de educação permanente 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 (n=765), sendo a maior produção na macrorregião Centro-Oeste (95,2%) e a menor no Norte (66,1%). O registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca era mantido por 53,8% (n=509) 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 (n=707; 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 (n=380; 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 (n=662; 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, apesar de a formação complementar influenciar 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.*¹², em que metade de todos os cirurgiões-dentistas 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 profissionais¹².

De fato, no Brasil, há um desequilíbrio na oferta de educação superior, concentrando-se, 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. Esses profissionais tendem a permanecer no mesmo local, após a graduação, 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 permitir que a atenção secundária funcione como porta de entrada aos usuários dificultando a continuidade do cuidado⁹, uma vez que, o encaminhamento realizado pela equipe de saúde da 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 unidade básica de saúde 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 devem 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.

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 educação permanente é uma ferramenta auxiliar 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 educação permanente 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 educação permanente 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, em que mais de 50% dos casos ainda possui diagnóstico tardio^{4,7}.

Estudos 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 a menor produção. 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 educação

permanente 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^{6,25-27}, 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.

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

Conclusão

O PMAQ-CEO revelou vazios regionais em relação à assistência estomatológica e desproporcionalidade na distribuição dos cirurgiões-dentistas pelo país. Mostrou ainda, 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 destaca, ainda, 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 que apresentou, em nível nacional, a atuação da estomatologia na RASB do SUS.

Contribuição dos autores

Os autores aprovaram a versão final do manuscrito e se declararam responsáveis por todos os aspectos do trabalho, inclusive garantindo sua exatidão e integridade.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

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. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242010000500005>

2. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG, Pinto MHB. 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):409-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040153>
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. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.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. Available from: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de especialidades em saúde bucal.* Brasília: MS; 2008. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf
7. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil.* Rio de Janeiro: INCA, 2019. Available from: <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. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00532014>
9. Rios LRF, Colussi CF. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde Debate.* 2019;43(120):122-36. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912009>
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, 2013. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aceso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf
11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). *Microdados do 1º Ciclo do PMAQ-CEO.* Brasília, 2015. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ceo/1o-ciclo-ceo>
12. Arouca R, Pereira HC, Alves LC. *Censo demográfico da força de trabalho nas especialidades odontológicas: Brasil, 2010: vol 1.* Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz: CFO, 2012. 247 p. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16458>

13. 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. Available from: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.399>
14. 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. Available from: https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v21i2.445
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal. Brasília, 2008. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
16. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros Júnior A, Costa ICC. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. Rev. Salud Pública. 2015;17(3):416-28. Available from: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44305>
17. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2016;21(5):1573-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742>
18. Santiago BM, Amaral JHL, Zina LG, Werneck MAF, Padilha WWN. 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. p.49-62. Available from: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7
19. Ribeiro BB, Guerra LM, Galhardi WMP, Cortellazzi KL. 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. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/Odonto/article/view/3044/2854>
20. Mello ALSF de, Andrade SR de, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciênc. Saúde Colet. 2014;19(1):205-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>
21. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. Educ. Saúde. 2008;6(3):443-56. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>
22. Miranda FA, Araújo LO, Melo MR, Barbosa RC, Caldeira AP, Oliveira FPSL. Políticas públicas em saúde relacionadas ao diagnóstico precoce e rastreamento do câncer bucal no Brasil, 2019. Sanare (Sobral, Online). 2019;18(2):86-95. Available from: <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i2.1378>
23. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, 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. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01642.x>

24. Soares JMA, Silva GW, Belligoli LQG, Nunes LL, Bretas PMC, Neto SCP, *et al.* Why do we treat mouth cancer in advanced stages? *Rev. Med. Minas Gerais.* 2015;25(3):395-9. Available from: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150079>
25. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Monitoramento das ações de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral, 2016;7(1). Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-1-2016.pdf>
26. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L, *et al.* Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. *Can. Fam. Physician.* 2008;54(10):1432–6. Available from: <https://www.cfp.ca/content/54/10/1432.long>
27. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, da Silva MRF, Paepe P, Vázquez M. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health PolicyPlan.* 2015;30(6):705–17. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu048>