



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRO REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ZACCHIA HAYVOLLA FERNANDES MARINHO DE ARAÚJO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL: UM
OLHAR PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL**

CAMPINA GRANDE/PB

2019

ZACCHIA HAYVOLLA FERNANDES MARINHO DE ARAÚJO

**Análise da qualidade da Atenção Secundária em Saúde Bucal: Um
olhar para o diagnóstico do câncer bucal**

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos
necessários para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública, Área de Concentração Saúde
Pública.**

Orientador: Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha

Co - Orientador: Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena

CAMPINA GRANDE/PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A659a Araújo, Zacchia Hayvolla Fernandes Marinho de.
Análise da qualidade da Atenção Secundária em Saúde Bucal [manuscrito] : um olhar para o diagnóstico do câncer bucal / Zacchia Hayvolla Fernandes Marinho de Araújo. - 2019.
59 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha, UFPB - Universidade Federal da Paraíba."
"Coorientação: Prof. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena, UFPE - Universidade Federal de Pernambuco"
1. Saúde bucal. 2. Atenção Secundária à Saúde. 3. Diagnóstico bucal. I. Título

21. ed. CDD 614.4

ZACCHIA HAYVOLLA FERNANDES MARINHO DE ARAÚJO

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL:
UM OLHAR PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL

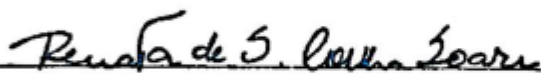
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA



Prof.(a.) Dr.(a.) Wilton Wilney Nascimento Padilha
(Orientador/ UFPB)



Prof.(a.) Dr.(a.) Renata de Souza Coelho Soares
(Examinador interno/UEPB)



Prof.(a.) Dr.(a.) Catarina Ribeiro Barros de Alencar
(Examinador externo/UEPB)

AGRADECIMENTOS

Ao Deus criador, meu Senhor, meu tudo, que nos dotou com conhecimento e sabedoria para estudar e conhecer as obras das suas mãos.

Aos meus pais, Zamenhoff Leal e Silvana Marinho, que não mediram esforços para que meus objetivos fossem alcançados. A vocês o meu carinho, admiração e amor.

A meu orientador Wilton Wilney Nascimento Padilha, que me concedeu a oportunidade de estar ao seu lado desenvolvendo esse trabalho, pela confiança, paciência, companheirismo e por todo conhecimento transmitido. Além de Orientador você foi sempre meu amigo e incentivador.

Aos meus irmãos, Ana Margarida e Samuel Zariff, pelo companheirismo, carinho e compreensão com que dividiram comigo os bons e os difíceis momentos.

As minhas amigas, Kamila Duarte e Fernanda pela compreensão e por me escutar nos momentos em que mais precisei. Carrego vocês no coração para sempre.

Ao meu amigo e namorado João Neto pelo amor, carinho e atenção.

Ao meu Co-Orientador Edson Hilan Gomes de Lucena, pelas contribuições necessárias para esse trabalho e todo conhecimento repassado.

À professora Renata Cardoso Rocha Madruga, por ter me acolhido com tanta atenção e amor em sua disciplina para cumprimento do Estágio Docência. Uma experiência maravilhosa e bastante proveitosa.

Aos professores Alessandro Leite Cavalcanti, e Renata de Souza Coelho Soares por todo conhecimento e contribuições nesse trabalho. E a professora Catarina Ribeiro Barros de Alencar que aceitou, com muita felicidade, ser a suplente.

Aos meus amigos da turma do Mestrado, pela boa convivência e companheirismo durante esta longa caminhada. Especialmente ao grupo Mestrados da Dercy que com muito humor, amizade e amor tornaram essa caminhada mais leve.

Aos grandes amigos que o mestrado me deu de presente Naryelle, Anahi e Fernandes por terem me ajudado em tudo que precisei sempre com muita paciência. Vocês foram muitos especiais nessa jornada.

Ao meu grande e querido amigo Gustavo Correia Bastos pelo companheirismo, dedicação, parceria e incentivo que me deu desde a seleção do mestrado até o fim. Você foi essencial em muitos momentos.

Enfim, a todos que diretamente e indiretamente, contribuíram para a realização desta etapa.

RESUMO

O câncer bucal é um problema de saúde pública mundial, que no Brasil, apresenta taxas de incidência e mortalidade maiores nos homens, brancos, na quinta década de vida. O diagnóstico e tratamento precoce são condições essenciais para diminuição da sua ocorrência e contribuem para um prognóstico mais favorável. Frente a relevância dessa condição, desde 2004, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) constitui o principal serviço de saúde responsável pela realização do diagnóstico bucal, acompanhamento dos casos suspeitos e encaminhamento para tratamento e reabilitação. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi caracterizar a produção de biópsias e suas relações com aspectos estruturais e de processo de trabalho na atenção ao câncer bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil. Para isso realizou-se uma pesquisa do tipo transversal, descritiva e analítica, em que foram utilizados dois bancos de dados secundários, o do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o do Departamento de Informática do SUS (SIA/SUS). Foram utilizadas 13 questões, sendo dez questões do “Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO e/ou com Cirurgião-Dentista do CEO” e três do “Módulo I - Observação no CEO”. Também foram utilizados os dados de IDH, PIB e GINI municipal. Na análise estatística das informações coletadas utilizou-se o teste Qui-Quadrado para verificar as associações entre as variáveis independentes e dependente. Posteriormente, a força e o efeito de associação entre essas variáveis foram avaliados por meio da Razão de Chances “OddsRatio”, calculada pelo uso de modelo de regressão binária logística. Os resultados revelaram que apenas 43,0 % dos CEO registraram produção de biópsias em 2013 e a regiões Sudeste e Sul produziram 72,4% do total de biópsias. A biópsia do tipo tecidos moles da boca foi a mais realizada com 95,8% da produção. O CEO tipo II apresentou melhor desempenho nessa produção. Alguns fatores estruturais e do processo de trabalhos internos do CEO (classificação dos CEO, registro de usuários com câncer, referência alta complexidade) parecem ter efeito positivo na produção de biópsias. As relações encontradas servem para o planejamento de ações voltadas ao câncer bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Bucais; Atenção Secundária a Saúde; Biópsia; Avaliação em Saúde; Diagnóstico bucal; Saúde Bucal

ABSTRACT

Oral cancer is a worldwide public health problem, which in Brazil has higher rates of incidence and mortality in white men in the fifth decade of life. Early diagnosis and treatment are essential conditions to reduce its occurrence and contribute to a more favorable prognosis. Given the relevance of this condition, since 2004, with the implementation of the National Oral Health Policy, the Dental Specialty Center (CEO) is the main health service responsible for performing oral diagnosis, monitoring of suspected cases and referral for treatment and rehabilitation. Therefore, the objective of this study was to characterize the production of biopsies and their relationships with structural and work process aspects in the attention to oral cancer in the Dentistry Specialties Centers (CEO) of Brazil. For this, a cross-sectional, descriptive and analytical research was carried out, using two secondary databases, the first cycle of the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO) and the Department of Information Technology of SUS (SIA / SUS). A total of 13 questions were used, including ten questions from "Module II - Interview with CEO and / or CEO Surgeon-Dentist" and three from "Module I - CEO Observation." Data were also used for HDI, GDP and municipal GINI. In the statistical analysis of the information collected, the Chi-Square test was used to verify the associations between the independent and dependent variables. Subsequently, the strength and the association effect between these variables were evaluated using the "OddsRatio" Chances Ratio, calculated using the binary logistic regression model. The results revealed that only 43.0% of the CEOs recorded biopsy production in 2013 and the Southeast and South regions produced 72.4% of the total biopsies. Soft tissue biopsy of the mouth was the most performed with 95.8% of the production. The CEO type II presented better performance in this production. Some structural factors and the internal work process of the CEO (CEO rank, cancer user registry, reference high complexity) seem to have a positive effect on biopsy production. The relationships found are used to plan oral cancer actions.

KEYWORDS: Oral Neoplasms; Secondary Health Care; Biopsy; Health Evaluation; Oral diagnosis; Oral Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis da Categoria Processo	32
Quadro 2 – Variáveis da Categoria Estrutura.....	32
Quadro 3 – Variáveis Sócio- Demográficas.....	33
Quadro 4 – Variáveis do Produto Final.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da produção de biópsias nos 12 meses de 2013 e no terceiro trimestre (julho/agosto/setembro/2013) empregados pelo PMAQ-CEO, por região e por estados.....	42
Tabela 2 – Análise bivariada (teste de Qui-Quadrado de Pearson) entre as variáveis do ave do PMAQ-CEO e a presença de produção de biópsias para o trimestre de avaliação do PMAQ- CEO.....	43
Tabela 3 – Análise bivariada (teste de Qui-Quadrado de Pearson) entre as variáveis do ave do PMAQ-CEO e a presença de produção de biópsias para o ano de 2013.....	44
Tabela 4 – Distribuição das variáveis do PMAQ-CEO em modelo de regressão binária logística múltipla para a produção de biópsias do ano de 2013 e o terceiro trimestre.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases do I ciclo do PMAQ-CEO.....	24
Figura 2 – Página de obtenção dos dados da Avaliação Externa.....	30
Figura 3 – Página de obtenção dos dados de produção de biópsias.....	30
Figura 4 – Página de obtenção dos dados de PIB e IHD municipal.....	31
Figura 5 – Página de obtenção dos dados de GINI municipal.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIB	Comissões Inter Gestores Bipartites
CIT	Comissões Inter Gestores Tripartite
CNES	Cadastrado Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
GINI	Coefficiente de Gini
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEP	Instituições de Ensino e/ou Pesquisa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SÚMARIO

1.	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
1.1	História da Saúde Pública no Brasil do Império a Reforma Sanitária.....	12
1.2	Sistema Único de Saúde: Princípios, Diretrizes e Organização.....	14
1.3	Saúde Bucal no Brasil: História, Conceitos e Organização.....	16
1.4	Política Nacional de Saúde Bucal.....	18
1.5	Avaliação de Serviços e Programas de Saúde	19
1.6	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Estrutura e Organização.....	22
1.7	Câncer Bucal: Epidemiologia, Conceito e Diagnóstico.....	24
2.	INTRODUÇÃO.....	27
3.	OBJETIVOS.....	28
3.1	Geral.....	28
3.2	Específicos.....	28
4.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
4.1	Tipo de Estudo.....	29
4.2	População e Amostra.....	29
4.3	Critérios de Inclusão.....	29
4.4	Critérios de Exclusão.....	29
4.5	Local de Obtenção de Dados.....	30
4.6	Dados de Interesse do Estudo.....	32
4.7	Organização dos Dados.....	34
4.8	Análise dos Dados.....	34
4.9	Aspectos Éticos.....	34
5.	RESULTADOS.....	35
	ARTIGO.....	35
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53

1. REVISÃO DA LITERATURA

O entendimento do processo histórico de construção da Saúde Pública, no Brasil, é importante para a compreensão do atual Sistema Único de Saúde (SUS), que envolve ações, serviços e as políticas públicas.

1.1 História da Saúde Pública no Brasil do Império a Reforma Sanitária

No Brasil, durante a Colônia, existia um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários de formação europeia que se instalaram nas maiores cidades e exerciam seus conhecimentos apenas para o atendimento das camadas mais altas da população. A camada mais pobre e os escravos recebiam cuidados oferecidos por ordens religiosas, como a Santa Casa de Misericórdia e os curandeiros diversos. Muitos problemas de saúde acometiam os brasileiros nessa época. E a varíola, foi uma doença epidêmica que tirou a vida de muitos brasileiros. As ações governamentais no campo da saúde se restringiram a regulamentação das artes de curar. Com a chegada da Corte portuguesa, foram criadas instâncias de saúde pública no Brasil: a Fisicatura – mor, que fiscalizava o exercício da medicina, se limitando ao estabelecimento de exames para habilitar os interessados em trabalhar, e aplicando multas aos que não possuíam essa habilitação legal. E a Provedoria- mor que tinha como objetivo garantir a salubridade da Corte, atuando na fiscalização dos navios impedindo que novas doenças chegassem nas cidades costeiras. No processo de independência essa responsabilidade deixou de ser da Coroa e ficou sob a alçada das câmaras municipais (1).

Em meados do século XIX, houve uma degradação do quadro sanitário do país devido às epidemias de febre amarela e varíola que culminou na criação da Junta Central de Higiene Pública que passou a coordenar as atividades efetuadas pelas provedorias de saúde. Mesmo com a ampliação das atividades de saúde no final do período imperial, a organização dos serviços continuava a mesma, relacionadas intimamente com a capital e dando as costas para o resto do país. Nas últimas décadas do século XIX, houve a queda do regime monárquico e estabelecimento da República Federativa. A maior inovação nesse período foi o estabelecimento da vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional e a criação de um rol de doenças de notificação compulsória. Na organização federativa republicana, salvo a preocupação com as epidemias, a ação do Estado em relação a saúde se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam a manutenção de um estado de

salubridade. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos. Na era Vargas, existiam duas bases distintas: saúde pública e a medicina previdenciária. A primeira atividade estatal em relação a assistência médica data de 1923 com as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituída pela Lei Eloy Chaves. Em 1933, iniciou a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passaram a congregam os trabalhadores por categorias profissionais, em vez de por empresas. Assim ferroviários, bancários, marítimos passaram a fazer parte dos institutos que, como as CAPs, também ofereciam serviços médicos (1)

Apesar do incremento da assistência médica individual através do modelo previdenciário, o acesso aos serviços de saúde só era garantido aos trabalhadores formais. Porém grande parte da população encontrava-se sem legislação trabalhista. Dessa forma, o direito a saúde, nessa época, era excludente e estava ligado ao mercado de trabalho (2).

Em seu primeiro governo, Vargas criou em 1930 um ministério para a área, o qual unia saúde e educação. Em 1937, uma Lei que estabelecia a organização do ministério deu origem à Conferência Nacional de Saúde que tinha atribuição de promover o intercâmbio de informações, e por meio destas proporcionar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual. E em seu segundo governo, Vargas estabeleceu um sanitarismo desenvolvimentista cuja ideia principal era de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e as medidas de assistência à saúde devem integrar esse processo. E a grande inovação desse mandato foi a criação do Ministério da Saúde desvinculado da Educação (1).

Posteriormente, na primeira década da ditadura militar (1964 – 1974), houve o colapso dos serviços públicos de transporte e saúde, com precárias condições de vida para uma grande parte da população e elevada taxa de mortalidade infantil em São Paulo. O modelo de assistência à saúde era o previdenciário. Os cidadãos que não contribuía para a previdência social só obtinham atenção à saúde se estivessem incluídos no perfil dos programas (materno-infantil, controle da tuberculose, da hanseníase etc.). Na conjuntura do governo Geisel (1974-1979), foram realizadas a 5ª e 6ª Conferências Nacionais de Saúde, 1975 e 1977, respectivamente. O assunto principal da 5ª CNS foi o Sistema Nacional de Saúde e tinha como objetivo a elaboração da política nacional de saúde para ser estabelecida. Essa conferência serviu para legitimar, dentro de uma base restrita de técnicos, profissionais e funcionários dos ministérios e secretarias de Saúde, a dicotomia legalizada da atenção à saúde no país (saúde coletiva ao Ministério da Saúde e a saúde individual ao Ministério da Previdência) (3).

A reforma sanitária no setor saúde atingiu grande desenvolvimento no final do regime autoritário. O movimento sanitário trabalhou específico e intensamente, em busca de elaborar uma política de caráter universal, com uma concepção ampliada de saúde, que emitisse os termos de direitos sociais. No segundo semestre de 1984 e início de 1985, foram realizados debates e a elaboração de documentos com uma proposta de saúde mais democrática. Nesse contexto, aprimoraram as recomendações de mudanças para o sistema nacional de saúde com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Essa proposta de unificação do sistema de saúde, aparentemente consensual ao final do regime autoritário, encontrou diversas resistências. O movimento sanitário estava dividido, com cada grupo em busca de algo para sua instituição. Como solução, em 1986, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deveria articular elementos para discussão na futura Constituinte. Nesta conferência, diferentemente das anteriores e pela primeira vez, além dos profissionais e dos prestadores de serviços de saúde e dos quadros técnicos e burocráticos do setor, participaram os usuários do sistema de saúde (2,3).

Reunindo mais de quatro mil pessoas, a 8ª CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e criação de novas instâncias institucionais de participação social. Em julho de 1987, foi aprovado o decreto que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), visando a descentralização dos serviços de saúde. O SUDS foi uma estratégia transitória para se chegar ao Sistema Único de Saúde (3).

Em 1988, com a nova Constituição a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art.196). E foi criado o SUS, sistema universal de atenção à saúde, orientado pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade. Ao longo do ano de 1989, houveram negociações em busca das Leis que regulamentariam o SUS. E em 1990 após vários debates sobre a Lei Orgânica da Saúde foi promulgada (Leis 8.080, de setembro de 1990, e 8.142, de dezembro de 1990), construindo as bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro, o SUS (3,4,5,6).

1.2 Sistema Único de Saúde: Princípios, Diretrizes e Organização

O Sistema Único de Saúde (SUS), representa o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. É orientado por princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, que parte de uma ideia ampla do direito a saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, adicionando, em sua estrutura político – institucional, espaços e instrumentos para

democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (7).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece doutrinas e princípios norteadores do funcionamento do SUS. As doutrinas do SUS são: **Universalidade**: todas as pessoas têm direito ao atendimento; **Equidade**: todos os cidadãos são iguais e serão atendidos de acordo com suas necessidades; **Integralidade**: todas as ações devem ser acordadas e orientadas, ao mesmo tempo, para prevenção e cura. Os princípios do SUS são: **Participação da Comunidade**: é a garantia constitucional de que os cidadãos poderão participar da formulação de políticas públicas; **Descentralização**: redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde para cada nível governamental; **Regionalização e Hierarquização**: é organização de forma regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde; **Resolutividade**: é exigência de que, o serviço esteja apto para resolver todos os problemas de saúde de impacto individual ou coletivo (2,5).

Além da organização da rede de assistência à saúde, compete ao SUS: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica; saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente (5).

A Lei n. 8080 estabelece as atribuições de cada nível governamental no aprimoramento das funções e competências do poder executivo na saúde. O controle do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal, sendo elaborada, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de Saúde. Os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação de políticas de saúde; da mesma forma, os três gestores são responsáveis pelo financiamento e pela elaboração de investimentos pensados para a redução das desigualdades e ainda pelo controle e avaliação do conjunto do sistema, incluindo a avaliação de resultados. O Ministério da Saúde tem como principais atribuições: a normalização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, que deve ser elaborado com a participação dos estados e dos municípios. As principais atribuições dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios. Já do gestor municipal é a gestão, com o gerenciamento e a execução das ações públicas de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema (5).

As autoridades de negociação e discussão, no SUS, envolvem diferentes níveis do governo e grupos representativos da população. A participação dos gestores se dá nos

conselhos de saúde, nos conselhos de representações dos secretários de saúde, na Comissões Inter gestores Tripartite (CIT), na Comissões Inter gestores Bipartites (CIB) e nos Colegiados de Gestão Regional (6,7).

A Lei n.8.142, preconiza duas importantes instâncias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde, com o objetivo de estabelecer a doutrina do SUS de participação comunitária. As Conferências de Saúde têm como objetivo o estabelecimento de diretrizes gerais para a política de saúde, sendo promovidas nacionalmente a cada quatro anos e contar com a participação da sociedade, com representantes dos usuários, de forma paritária a dos demais segmentos. Os Conselhos de Saúde possuem caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, que devem compor no mínimo a metade dos conselheiros. Suas atribuições são atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. E são importantes estratégias de controle social (6).

1.3 Saúde Bucal no Brasil: História, Conceitos e Organização

Durante o século XX, a prática odontológica hegemônica no Brasil era uma odontologia privada, também denominada por “odontologia de mercado”. Na qual, a população brasileira, tanto na formação profissional, quanto no mundo do trabalho, privilegiou a esfera particular e o acesso a serviços odontológicos para uma elite que podia assumir com os custos envolvidos (8,9).

Em meados de 1910, há o registro de poucas atividades odontológicas isoladas apostas aos serviços sanitários existentes ou em estabelecimentos de ensino público, com cirurgiões – dentistas ocupando cargos de inspetorias dentárias. Contudo, só em 1923 se estabeleceu a primeira forma organizada de sistema previdenciário de natureza pública, quando foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), somente para alguns trabalhadores urbanos, com a disponibilização escassa de serviços odontológicos (9).

Com a ampliação da estrutura previdenciária e a criação dos Institutos de Assistência e Previdência (IAP), nas décadas de 1930 e 40, os serviços odontológicos previdenciários dos trabalhadores foram ampliados e incluíram serviços, prioritariamente, para as gestantes, pré-escolares e escolares. Além de alguns serviços curativos. Em 1950 e 1960, é que a odontologia pública ganha mais espaço com a utilização de um sistema de atenção a escolares de redes públicas, através do sistema incremental implantado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Nesse mesmo momento, tem início a fluoretação das águas de abastecimento

público, em Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES) (9). Esse sistema surgiu como uma proposta de prestar assistência odontológica de forma programada e sistematizada, contrapondo-se ao sistema de livre demanda adotado nas décadas anteriores (10).

Nas décadas seguintes o sistema incremental seguiu dominante aliado a odontologia previdenciária que firmou-se em 1967 com a origem do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente, surgiu a odontologia simplificada, que foi um modelo que promoveu grandes avanços na odontologia, embora ainda apresentasse uma visão menos social e que priorizava a atenção básica sem ser preocupar com os outros níveis de atenção.

Já na década de 1980, houve uma substituição gradativa do sistema incremental pela odontologia comunitária, aliada ao Sistema Único de Saúde. Com isso, vislumbrava-se a criação de uma equipe multiprofissional e com grupos sociais organizados. A Sétima e Oitava Conferências Nacionais de Saúde (CNS), durante este período, evidenciaram a fraqueza da saúde bucal no Brasil. Mas só a partir do amplo processo de discussão da 8º CNS é que realizou-se em 1986, a 1º Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que discutiu a saúde bucal como direito de todos e dever do Estado. Ressaltando a importância dessa área como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente ligada a condições socioeconômicas e ambientais (9,11).

Mais adiante, após a demonstração da situação de saúde bucal na CNSB, foi publicada em 1989 uma Política Nacional de Saúde Bucal. Bastante influenciada pelas práticas odontológicas passadas e com limitações. Bem parecida com o sistema incremental para escolares dos anos de 60 e 70. Já na década de 90, aconteceu a 2ª CNSB, que aprovou estratégias políticas para a saúde bucal no país, apontando formas para o financiamento e o controle social por meios dos Conselhos de Saúde. Embora, em relação a inovações na área pública, pouco se avançou nos anos 90 (9,12).

Nos anos 2000, as Equipes de Saúde Bucal (ESB), passaram a fazer parte do extinto Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de organizar o modelo de atenção e ampliar o acesso as ações de saúde bucal, promovendo a atenção integral dos indivíduos. Existem dois modelos de ESB: modalidade I – composta por cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal e modalidade II – composta por cirurgião dentista, auxiliar e técnico. De 2001 até 2018, foram implantadas 26.035 Equipes de Saúde Bucal na ESF em todo o país (9,13).

1.4 Política Nacional de Saúde Bucal

Em 2004, estabeleceu-se uma Política Nacional de Saúde Bucal para o Brasil, intitulada por Brasil Sorridente, alinhada com os princípios do SUS e com o objetivo de recuperar o direito do cidadão brasileiro a atenção em saúde bucal. Essas mudanças ocorreram por meio de medidas governamentais, superando o histórico abandono e falta de compromisso com a saúde bucal da população. É composta por um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. E diferentemente do que se observou nos sistemas anteriores, essa política prioriza a atenção básica por meio da ESF e as redes de cuidados progressivos, com ações e serviços de maior densidade tecnológica em níveis especializados (14).

Essa Política apresenta como principais objetivos a reorganização da Atenção Básica, especialmente por meio das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, da Atenção Especializada, por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), do estímulo à integração ensino-serviço, através de programas como o GraduaCEO, da adição de fluoreto nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e da vigilância em saúde bucal. Dessa forma, tem possibilitado o aumento e a qualificação do acesso da sociedade aos serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é essencial para a saúde geral e para a qualidade de vida da população (14,15).

Os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e a habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), foram instituídos pela Portaria nº 599. Até 2005 inexistiam tais equipamentos na esfera pública estatal brasileira; mas, no curto espaço de tempo entre 2006 até 2018, foram implantados todos os 1120 CEO e 1846 LRPD (13,14,16).

O Brasil Sorridente organiza e estrutura a Atenção Secundária em Saúde Bucal do Brasil através dos CEO, que são estabelecimentos de saúde que ofertam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de viabilizar a integralidade do cuidado, a partir da referência e da contra referência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica (15). O CEO oferece a população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca; encaminhamento desses casos para tratamento e reabilitação; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. É considerada a continuidade do serviço realizado pela rede de atenção primária dos municípios (16,17).

As Portarias nº 1570 e nº 1571 e posteriormente, a nº 599, todas do Ministério da Saúde, instituíram e indicaram critérios para os CEO, privilegiando, dentre outras áreas, a Estomatologia, com ênfase na prevenção e diagnóstico do câncer bucal como ações prioritárias visto que, o câncer bucal é um grande problema na saúde bucal que demanda atendimento especializado. (16,18,19,20,21).

De acordo com a estrutura, recurso de custeio e implantação, os CEO são classificados em Tipo I, II e III e devem realizar uma produção mínima de acordo com o Tipo, que guiará as transferências financeiras do Ministério da Saúde para o gestor municipal ou estadual (17). Esses estabelecimentos se constituem na principal estratégia de atenção odontológica especializada no sistema público brasileiro, e possibilitou aumento da oferta de especialidades que evitam a perda dental, como a endodontia e a periodontia. A criação do LRPD, por sua vez, abriu possibilidades de reparação da perda dental já instalada (22).

1.5 Avaliação de Serviços e Programas de Saúde

Avaliar pode significar determinar, apreciar ou fazer julgamentos. O seu objetivo é determinar o valor ou a quantidade de alguma coisa. Deve utilizar análise de resultados para comparar com normas, ou valores que já são considerados padrão e servem como referência. Dessa forma, podemos avaliar uma ação isolada, um procedimento, um produto, um programa, um serviço, um outro componente ou até mesmo todo o sistema de saúde (23).

Determinar a qualidade das ações e serviços de saúde é fundamental para caracterização do que deve ser considerado um sistema de saúde de excelência. Um dos conceitos de qualidade é definido como o grau de excelência alcançado na realização das ações e serviços que podem ser medidos a partir de comparações com parâmetros apropriados. Sendo uma das maiores dificuldades a decisão de quais critérios expressam qualidade e como medi-los apropriadamente. A utilização de vários critérios na avaliação é de grande importância pois a qualidade não pode ser traduzida por apenas um deles (23).

Uma das grandes dificuldades na utilização desses critérios é o fato das pessoas atribuírem valores diferentes e a sua diversidade. Vários fatores de natureza diversas podem estar relacionados à qualidade de um serviço. Temos aspectos relacionados ao pessoal que trabalha nos serviços, aos equipamentos de que dispõe, ao apoio financeiro fornecido, a organização dos serviços e a interação desses aspectos (23).

Também existem fatores sociais como os indicadores socioeconômicos que são utilizados nas avaliações em saúde coletiva como: Produto Interno Bruto (PIB) per capita, índice de Gini e IDH. Os indicadores socioeconômicos são aplicados em âmbito nacional e internacional na análise de situações de saúde, para oferecer recursos ao planejamento, monitoramento das flutuações e tendências históricas do modelo sanitário da coletividade na mesma época, ou em períodos diferentes (24). São utilizados como medida para revelar quantitativamente um conceito social e informar algo sobre algum aspecto da realidade social, com fins de investigação ou visando à formulação, monitoramento e avaliação de situações, programas e políticas públicas (25).

O PIB per capita é usado para diagnosticar desigualdades econômicas, por meio da mensuração da produção de riquezas por uma sociedade. O aumento desta produção de riquezas permite que a renda per capita aumente de forma contínua e persistente (26). Já o nível de concentração de renda é medido pelo índice de Gini, que varia de zero a um correspondendo este último à desigualdade máxima (27). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é utilizado para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros em três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. Pode variar de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano (28).

Dessa forma, para obter uma avaliação da qualidade mais precisa, é necessário a neutralização dos fatores de confundimento, diminuição dos aspectos que determinam os problemas de saúde e a utilização do máximo de critérios possíveis na avaliação (23).

Na década de 60, a qualidade do cuidado era definida como um conjunto de situações que deviam ser analisadas de forma particular e foi apresentado um modelo amplamente utilizado que divide os componentes básicos para uma avaliação de qualidade em três categorias: estrutura, processo e resultados (29).

Na estrutura, a lógica que permeia é de que uma boa estrutura propicia bom atendimento aos clientes. Em vista disso, nessa categoria são examinados os recursos existentes (humanos, materiais e financeiros). No processo, a questão central é se as pessoas fazem o que deve ser feito ou seja, se seguem os procedimentos recomendados. Nessa categoria, são avaliados os procedimentos e condutas. Nos resultados, o objetivo é saber o que ocorre com as pessoas, após passarem pelos serviços de saúde. Dois aspectos são utilizados, a satisfação do usuário e os níveis de saúde/doenças das pessoas e da coletividade após as ações dos serviços de saúde. Então, nessa categoria, são avaliados o grau de satisfação dos usuários e os indicadores de saúde (mortalidade, morbidade, letalidade.) (23, 29).

Há uma ligação, na maioria das vezes proporcional, entre os elementos estruturais do sistema (estrutura física precária, profissionais competentes, melhor gestão) e a qualidade da atenção. Avaliar as inter-relações, dessas três categorias permite uma compreensão mais detalhada das condições de cuidado (29). No âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), alguns dos fatores a serem investigados são: o acesso e a oferta dos serviços realizados.

Essas três categorias não são facilmente separadas, e quando estudadas individualmente não podem determinar se o resultado final é de boa qualidade como também se são responsáveis pelas melhorias das condições de saúde das pessoas. Devido essas limitações, novos modelos foram propostos, mas o modelo de avaliação criado por Donabedian inicialmente ainda é o mais utilizado devido sua utilidade e simplicidade (23).

Portanto, quando a avaliação é aplicada de forma correta, utilizando vários critérios e controlando as variáveis reflete na melhoria da assistência ao paciente, conduzindo a melhores resultados clínicos e a economia dos recursos que tendem a serem gastos com serviços e ações desnecessários devido à falta de vigilância e supervisão (23).

Dessa forma, a avaliação da qualidade da atenção prestada no atual modelo de gestão de saúde do Brasil, ou seja o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade é uma excelente ferramenta para o desenvolvimento e estruturação dos serviços de saúde (30).

Visando a melhoria dos serviços de saúde, O Ministério da Saúde (MS), em cumprimento a uma das principais diretrizes atuais, executa a gestão pública, em acordo com a indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população (31).

Dentre eles, o PMAQ-AB que foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS e O PMAQ-CEO por meio da Portaria GM/MS nº 261, e teve suas regras verificadas pela Portaria GM/MS nº 1.599. Esses programas foram produto de um importante processo de discussão e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com muitos momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, debateram e elaboraram soluções para viabilizar um programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil e um Programa que pudesse promover acesso ampliado e melhoria da qualidade dos CEO em todo o Brasil (15,33,34).

1.6 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB: Estrutura e Organização

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), objetiva ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, está incluído no programa Saúde Mais Perto de Você, que é um conjunto de medidas do Departamento de Atenção Básica com o intuito de cuidar da população no ambiente em que vive (31).

A atenção básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde. Está em conformidade com os princípios e doutrinas do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. Seu objetivo é promover uma atenção integral que impacte na condição de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É o elo de acesso e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde (31).

Esforços diferenciados têm sido empregados em busca de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de atestar a qualidade dos serviços de atenção básica (AB) oferecidos à população brasileira e estimular o aumento do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país (31).

Nessa perspectiva, o MS tomou várias condutas com foco na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O foco principal do programa é estimular a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (31,32). O PMAQ-AB é composto por 4 fases (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização) que se complementam e que conciliam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (31).

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

Em cumprimento a diretriz do Ministério da Saúde esforços têm sido empreendidos no sentido de qualificar a Política Nacional de Saúde Bucal, cujo objetivo é reorganizar o sistema

de atenção à saúde bucal e aumentar o acesso às ações e aos serviços de saúde bucal, promovendo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos (15).

O Programa objetiva aumentar o acesso e o aperfeiçoamento da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), nos três níveis de atuação (nacional, regional e local) com parâmetros de qualidade preservados. Promovendo transparência e efetividade das medidas governamentais ligadas à atenção secundária em saúde bucal (15).

Foi organizado em quatro fases que se complementam e formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO. (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização). A primeira fase, foi a etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre a Equipe do CEO com os gestores municipais, estaduais ou Distrito Federal, e desses com o MS numa articulação que envolvia decisões para os níveis local, regional e estadual, contando com a participação comunitária (15).

A segunda fase do PMAQ-CEO consistiu no estabelecimento do grupo de serviços que seria empreendidos pela equipe do CEO, pelas gestões Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do serviço especializado de saúde bucal que produziria a melhoria do acesso e da qualidade no CEO. Essa fase contém quatro dimensões (Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional) que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática (15).

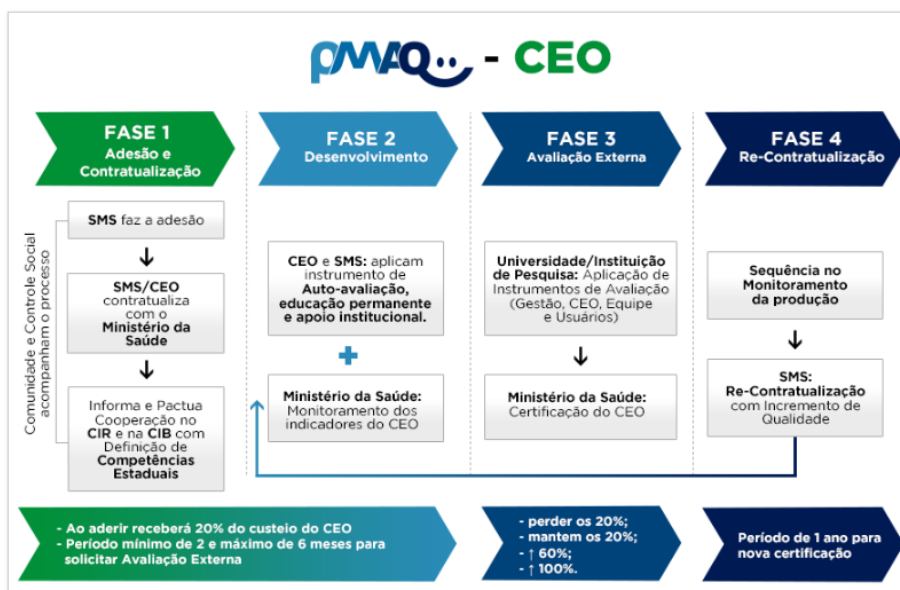
A terceira fase foi a avaliação externa, ocasião em que foi feito um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos Municípios, Estados e Distrito Federal e dos CEO participantes do PMAQ-CEO. Esta fase é de responsabilidade da Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Departamento de Atenção Básica em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) (15).

Nessa fase, é feito um levantamento de informações para verificação das Condições de acesso e de qualidade dos CEO participantes do Programa. Durante sua realização, o MS conta com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa na organização e andamento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação dos avaliadores da qualidade aplicam *in loco* o instrumento de avaliação. Os avaliadores da qualidade visitam os CEO, utilizando tablets na coleta dos dados, de acordo com um itinerário planejado pelas Instituições de Ensino e Pesquisa e após contato com a gestão Estadual, Municipal ou Distrito Federal (15).

A quarta fase é uma repactuação da equipe do CEO e dos gestores Estaduais, Municipais e do Distrito Federal com a adição de novos parâmetros e indicadores de

qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático em decorrência dos resultados alcançados pelos que participaram do PMAQ-CEO (15).

Figura 1 - Fases do I ciclo do PMAQ-CEO.



Fonte: Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2019).

1.7 Câncer Bucal: Epidemiologia, Conceito e Diagnóstico

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é considerado um problema de saúde pública global. Na atualidade há aproximadamente 20 milhões de pessoas vivendo com câncer no mundo. E estima-se que, no ano de 2030, ocorram 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas conviverão com a doença (35).

O câncer bucal corresponde a quase 3% dos casos de câncer no mundo. E pode ser definido como: uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é desordenado e ultrapassa o limite dos tecidos normais, persistindo da mesma maneira excessiva após o término do estímulo que provocou a alteração, e que tenham como localização primária os lábios, o interior da cavidade oral (gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho bucal), as glândulas salivares e a orofaringe” (36,37).

O número elevado de casos novos de câncer bucal é um problema de saúde pública mundial. Anualmente são aproximadamente 275 mil casos, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento. Em 2013, no Brasil, esse tipo de câncer registrou mais de 5 mil óbitos. A Índia, é o país em situação mais crítica, com uma previsão de 500% de aumento de casos de câncer bucal até 2025, quase a metade em decorrência ao uso do tabaco (35,38,39).

No Brasil, acomete mais os homens, tanto na incidência como na mortalidade. As regiões que possuem as maiores taxas da doença são a região Sul e Sudeste. Em relação ao sexo, esse tipo de câncer é o quinto mais incidente no sexo masculino e o 12º mais incidente no sexo feminino. Apresenta diferentes características no território nacional. E a maior parte dos casos é diagnosticado tardiamente em indivíduos de baixa renda, com pouca escolaridade e com limitado acesso aos serviços de saúde, porém há uma grande chance de cura quando tratado no início (36,40,41). Em estudo recente, realizado no Estado de Alagoas observou-se que 85,1% dos pacientes foram diagnosticados em estágios avançados (42).

Anatomicamente, o tumor de língua (CID 141) é responsável por cerca de 40% do total de casos de câncer bucal diagnosticados no país. O tecido de origem das neoplasias malignas na cavidade oral é, geralmente o epitélio de revestimento mucoso, e por essa razão, o carcinoma epidermóide também conhecido como carcinoma espinocelular ou de células escamosas é o tipo de câncer mais prevalente na boca. Cerca de 90% a 95% dos casos se referem a essa lesão (37,39,43).

A etiologia do câncer bucal é multifatorial, e os dois principais fatores de risco relacionados ao câncer bucal são o hábito de fumar e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. No entanto, outros fatores como o vírus HPV, dieta pobre em frutas e vegetais e má higiene bucal estão sendo estudados para investigar as implicações na carcinogênese do tumor de língua e garganta. (35,44,45,46).

Cerca de 1/3 dos casos de câncer bucal em diversos países desenvolvidos tem o hábito de fumar cigarros como um dos responsáveis. Os tabagistas apresentam probabilidade entre 4 e 15 vezes maior de desenvolver câncer bucal em relação aos não tabagistas e os consumidores de tabaco sem fumaça (mascar) apresentam um risco quatro vezes maior de desenvolver o câncer na cavidade bucal, podendo ser de 50 vezes quando o consumo é de longa duração (39).

O consumo de álcool regularmente, principalmente na forma de cachaça, é fator externo significativo para o câncer bucal e o vinho de má qualidade pode ser ainda mais maléfico quando nos referimos a câncer de língua. Os tumores mais relacionados ao consumo de álcool são os de assoalho bucal e da língua. Além disso, uma higiene bucal deficiente representa risco adicional para o aparecimento de câncer bucal (39).

A exposição solar continuada representa um fator de grande risco para o aparecimento de neoplasias malignas na boca. Pessoas de pele clara, com pouca pigmentação melânica possuem maior risco de desenvolver essas lesões, particularmente o câncer de lábio inferior.

As radiações solares, ventos e geadas provocam o ressecamento dos lábios e da pele, causando alterações hiperqueratóticas que podem evoluir para neoplasias malignas (39).

Contudo, esse tipo de câncer pode ser evitado por estilo de vida que propiciem a identificação dos principais fatores de risco e pela aplicação de condutas que visem o diagnóstico precoce de lesões suspeitas, promovendo, assim, maiores chances de restauração e uma extensão da sobrevida dos pacientes, principalmente entre os idosos, em que a incidência de casos tem aumentado expressivamente. Em parte, isso ocorre devido ao aumento da longevidade da população brasileira, cuja expectativa de vida ao nascer já ultrapassa os 75 anos, mais que o dobro do observado há um século, e, de acordo com estimativas, o país, em 2046 terá mais de 300 mil residentes centenários (41, 47).

O atraso do diagnóstico, grandes taxas de mortalidade e morbidade que provocam deformações importantes são características da doença em todo o mundo. O período em que o paciente leva para perceber o seu adoecimento e buscar auxílio profissional juntamente com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal podem estar relacionados ao diagnóstico tardio (33, 48).

O diagnóstico precoce do câncer bucal costuma ser bastante dificultado por dois motivos: em primeiro lugar, na fase inicial, as lesões são assintomáticas e pouco valorizadas pelos portadores e em segundo lugar, as lesões são raramente identificadas pelos profissionais que examinam a boca. O exame clínico destinado a visualização de sinais e sintomas ligados ao câncer bucal, é o procedimento mais simples, que deve ser realizado em todos os indivíduos, principalmente, naqueles, pertencentes ao grupo de risco (39).

Portanto, para a diminuição da morbidade e mortalidade causadas pelo câncer bucal, o diagnóstico precoce e o imediato encaminhamento do paciente para tratamento são condições importantes visto que há uma grande chance de cura quando tratado no início (40, 49).

A biópsia é um procedimento cirúrgico no qual se colhe uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório sendo a principal ferramenta para o correto diagnóstico dos cânceres de lábio e cavidade oral. Portanto, o monitoramento da produção, e dos prestadores desse serviço por parte dos profissionais da gestão, com o objetivo de organizar a rede, e otimizar o fluxo para o diagnóstico precoce é essencial (36).

Existem dois tipos de biópsias. A biópsia incisional, que remove parte da lesão e a biópsia excisional, que remove a lesão completamente. O espécime obtido através da biópsia deve ser acondicionado em um frasco contendo formol a 10% e encaminhado para o patologista, com todas as informações clínicas do caso e da identificação do paciente.

Consequentemente, para a comprovação definitiva da presença ou ausência de alterações malignas é necessário o exame histopatológico do material obtido na lesão (39).

No Brasil, houve um aumento significativo de aproximadamente 50% na produção de biópsias entre 2011 e 2014, tanto na atenção básica quanto nos CEO. Em números absolutos, destaca-se a maior produção nos CEO (quatro vezes mais) em relação aos outros serviços (atenção básica, hospitais, centros de assistência), corroborando sua importância na rede de atenção para o diagnóstico das lesões de lábio e cavidade oral. A maior parte das biópsias (60%) foi realizada em CEO, com destaque para Região Centro-Oeste onde atingiu 82%, e outras UF, onde os CEO concentraram a totalidade da produção de biópsia executadas no ano, como no Acre, no Amapá e no Distrito Federal (36).

2. INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Nacional do Câncer estima a incidência de 600 mil casos de câncer por ano e revela que esta doença é a segunda causa de morte no Brasil. No tocante ao câncer bucal e orofaringe, o Brasil apresenta uma das mais altas incidências do mundo³⁶.

O câncer bucal representa quase 4% de todas as neoplasias malignas, sendo o sétimo em incidência de todas as neoplasias malignas no Brasil e, apesar da presença de tratamentos mais eficazes, o carcinoma epidermóide oral, tipo mais comum de câncer bucal, ainda exhibe elevadas taxas de mortalidade^{36,3}

O diagnóstico tardio do câncer ocorre em mais de 60 % dos casos. Para o câncer bucal, essa porcentagem alcança 67% dos casos. O que representa um dos grandes problemas relacionados ao câncer. Visto que, o diagnóstico em fase tardia prejudica o prognóstico da doença e demanda modalidades terapêuticas de alta complexidade e custo^{37,40}.

O grupo epidemiológico de risco para o câncer bucal são: homens, acima de 50 anos, fumantes, consumidores de bebida alcoólica e expostos ao sol. Representam um perfil de exclusão social. Pois são indivíduos afastados das pessoas na maioria das instâncias da vida social, que pouco aparecem ou nunca procuram os serviços de saúde³⁹.

Portanto, a dificuldade não se encontra no fato das pessoas não se cuidarem, mas na falta de políticas públicas específicas à promoção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação do câncer bucal, com foco na população vulnerável. Por isso, se torna tão importante estudar os CEO, que possuem papel estratégico para o diagnóstico bucal desde a sua implantação.

Este estudo apresenta o problema do câncer bucal, relevante para a saúde pública, já que, o panorama epidemiológico no qual o câncer bucal está inserido é preocupante. O que é demonstrado nas elevadas taxas dos indicadores epidemiológicos anuais do Brasil (6 mil óbitos registrados em 2015, 5º tipo de câncer mais incidente no sexo masculino, 12º tipo de câncer mais incidente no sexo feminino e 78% dos casos são diagnosticados em fase avançada) e requer para o seu enfrentamento políticas públicas e o envolvimento da sociedade³⁶.

Dessa forma, a investigação da qualidade da atenção ao câncer oral nos serviços públicos especializados contribui para a identificação dos pontos de interesse para a melhoria da assistência à saúde da população e para formular políticas públicas de enfrentamento. Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi analisar a produção de biópsias e suas relações com

aspectos estruturais e de processo de trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar a produção de biópsias e suas relações com aspectos estruturais e de processo de trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.

3.2. Específicos

- Caracterizar o perfil da realização de biópsias pelos CEO para identificação das desordens com potencial de malignização;
- Descrever a qualidade dos serviços prestados;
- Detectar os fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados;
- Relacionar a qualidade dos serviços prestados com a estrutura, processo de trabalho e a produção de biópsias dos CEO.
- Comparar a produção de biópsias do trimestre do PMAQ-CEO com a produção de biópsias anual.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

4.1. Tipo do estudo

A pesquisa foi um estudo descritivo e analítico que utilizou dados secundários de abrangência nacional. O estudo utilizou banco de dados, de acesso público do PMAQ-CEO I Ciclo, selecionando questões de estrutura e processo relevantes para garantir uma melhor qualidade na assistência à saúde e que servem de base para as avaliações de saúde. O estudo também utilizou dados de produção de biópsias dos CEO do Brasil.

4.2. População e Amostra

A população do estudo compreendeu todos os Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil avaliados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO) – I Ciclo.

A amostra inicial foi do tipo Censo composta por 930 Centros de Especialidades Odontológica participantes da fase de Avaliação Externa do I Ciclo do PMAQ-CEO em 2013/2014. Foram excluídos 140 CEO por ausência de produção de biópsias, e 112 CEO por ausência dos dados na Avaliação Externa resultando em amostra final de 678 CEO.

4.3. Critérios de Inclusão

Os Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil que participaram da fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - I Ciclo e apresentaram produção de biópsias no período avaliado.

4.4. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os Centro de Especialidade Odontológica com inconsistência ou ausência dos dados de produção de biópsias (variável dependente).

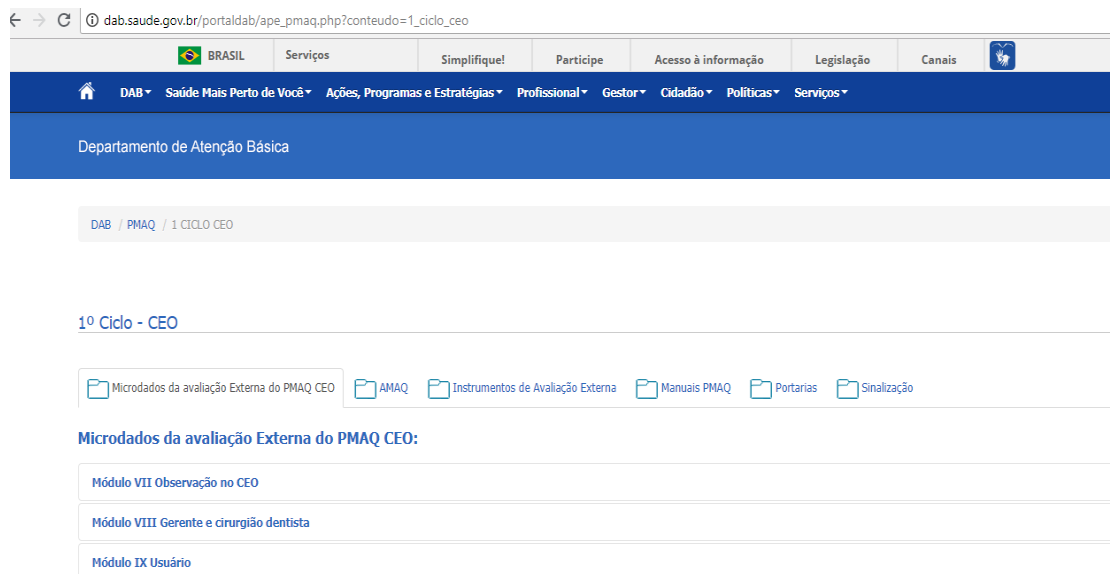
Foram excluídos os Centro de Especialidade Odontológica com ausência dos dados da Avaliação Externa (variáveis independentes).

4.5. Local de Obtenção de dados

Os dados da Avaliação Externa foram obtidos no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no link:

< http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo_ceo>

Figura 2 – Página de obtenção dos dados da Avaliação Externa.



Os dados de produção de biópsia foram obtidos no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde através do programa Tabwin, no link:

< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>

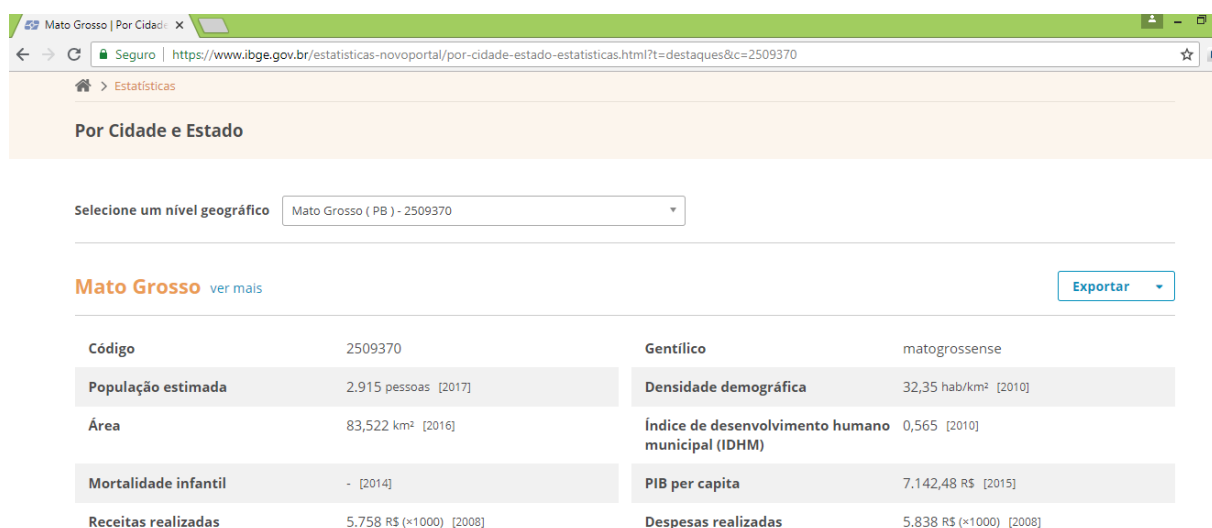
Figura 3 – Página de obtenção dos dados de produção de biópsias



Os dados de PIB e IDH por município foram obtidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no link:

< <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html>>

Figura 4 – Página de obtenção dos dados de PIB e IHD municipal.



Seleção de nível geográfico: Mato Grosso (PB) - 2509370

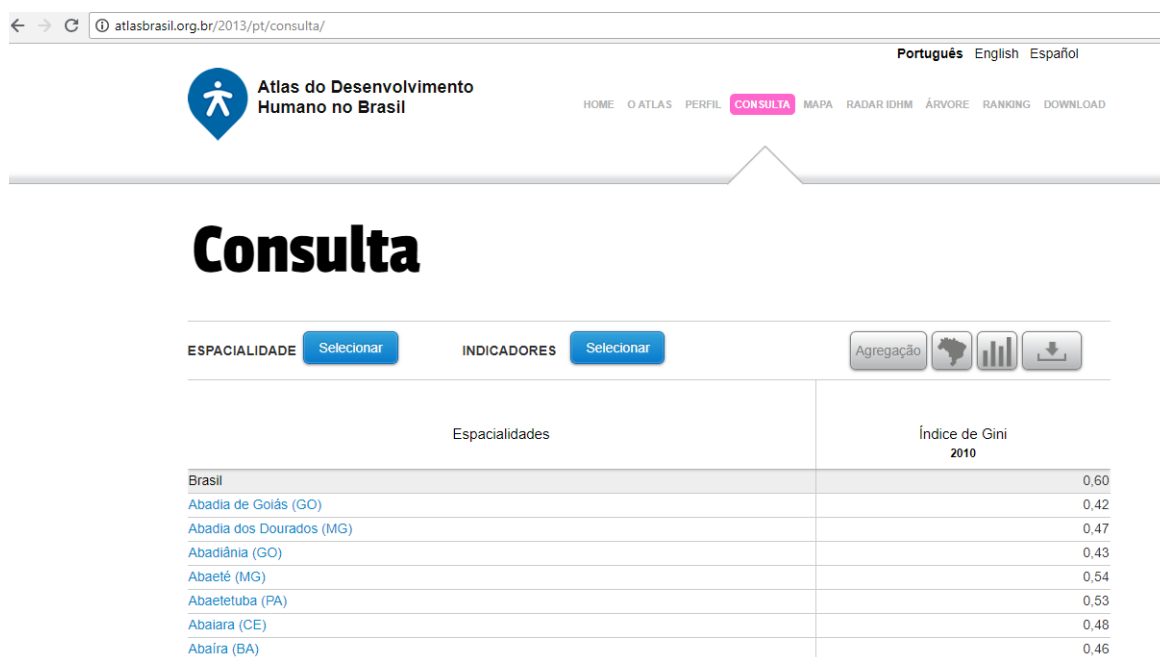
Mato Grosso [ver mais](#) [Exportar](#)

Código	2509370	Gentílico	matogrossense
População estimada	2.915 pessoas [2017]	Densidade demográfica	32,35 hab/km ² [2010]
Área	83,522 km ² [2016]	Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM)	0,565 [2010]
Mortalidade infantil	- [2014]	PIB per capita	7.142,48 R\$ [2015]
Receitas realizadas	5.758 R\$ (×1000) [2008]	Despesas realizadas	5.838 R\$ (×1000) [2008]

Os dados de GINI por município foram obtidos no site do Atlas Desenvolvimento Humano no Brasil, no link:

< <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>




Figura 5 – Página de obtenção dos dados de GINI municipal.



Português English Español

HOME O ATLAS PERFIL **CONSULTA** MAPA RADAR IDHM ÁRVORE RANKING DOWNLOAD

Consulta

ESPAÇIALIDADE [Selecionar](#) INDICADORES [Selecionar](#) Agregação   

Espacialidades	Índice de Gini 2010
Brasil	0,60
Abadia de Goiás (GO)	0,42
Abadia dos Dourados (MG)	0,47
Abadiânia (GO)	0,43
Abaeté (MG)	0,54
Abaetetuba (PA)	0,53
Abaíara (CE)	0,48
Abaíra (BA)	0,46

4.6. Dados de interesse do estudo

Os dados de interesse do estudo foram 12 variáveis retiradas do ave. Estas foram divididas em duas categorias: processo e estrutura. Dados de GINI, IDH e PIB dos municípios onde os CEO se encontravam e os dados de produção de biópsias do ano de 2013.

Características	Variável	Descrição	Categoria	Classificação quanto a mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
Processo	O CEO realiza biópsia?	Realização de biópsia	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente
	Qual o prazo para agendamento de biópsia, contado a partir da identificação da necessidade do exame?	Intervalo de tempo para realização de biópsia	1. Na mesma consulta 2. Um dia 3. Até uma semana 4. Até 15 dias 5. Entre 15 e 30d 6. Entre 30 e 60d 7. Mais de 60 dias	Quantitativa Discreta	Independente
	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?	Presença de Referência qualificada de entrada conforme o critério	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente
	Presença de protocolo clínicos pactuados que oriente o encaminhamento de pacientes da AB aos CEO para a especialidade de estomatologia?	Registra a pactuação de Protocolo para Estomatologia	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente

Quadro 1 - Variáveis da categoria processo

Quadro 2 – Variáveis da categoria estrutura

Características	Variável	Descrição	Categoria	Classificação quanto a mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
Estrutura	Qual o tipo de CEO?	As qualidades que definem os CEO	1.I 2. II 3. III	Qualitativa Ordinal	Independente
	Quantidade dos cirurgiões dentistas que atuam na especialidade mínima de estomatologia?	Registra o número de profissionais	1. Nenhum 1 ou mais	Quantitativa Discreta	Independente
	Tem ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico em uso?	Folha utilizada para requisitar algo	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente
	Realiza capacitação de equipes de AB?	Registra a Capacitação de CDs da AB por CDs da AE (CEO) para	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente

		detecção de Câncer de boca			
	Existem cotas pré - definidas por ESB para o encaminhamento dos usuários para o estomatologista do CEO?	Reserva de vagas para Estomatologia	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente
	O CEO possui referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anatomohistopatológico?	Local indicado para realização do exame	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente
	O CEO possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?	Diagnósticos de câncer de boca arquivados.	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente
	O CEO possui referência para encaminhamentos de casos confirmados de câncer de boca?	Local indicado para enviar os casos confirmados de câncer de boca	1.Sim 2.Não	Qualitativa Nominal	Independente

Quadro 3 – Variáveis socioeconômicas

Características	Variável	Descrição	Categoria	Classificação quanto a mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
Demográfica e Socioeconômica	E. D.1 IDH (Do município onde está o CEO)	É uma medida comparativa usada para classificar os municípios pelo seu grau de "desenvolvimento humano"	0 até 1	Quantitativa Contínua	Independente
	E.D.2 PIB (Do município onde está o CEO)	A soma de todos os bens e serviços finais produzidos no município.	Em reais	Quantitativa Contínua	Independente
	E.D.3 GINI	É um número (0 e 1), onde 0 corresponde à completa igualdade e 1 corresponde à complete desigualdade	0 até 1	Quantitativa Contínua	Independente

Quadro 4- – Variáveis do produto final

Características	Variável	Descrição	Categoria	Classificação quanto a mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
Produto Final	PF.1 Produção Meses PMAQ Julho/agosto/setembro 2013	Dados da produção de biópsia (02.01.01.052-6)	Em números inteiros. Média dos três meses.	Quantitativa Discreta	Dependente Regressão Linear Múltipla
	PF.2 Produção Anual (2013)	Dados da produção de biópsia (02.01.01.052-6)	Em números inteiros. Média anual.	Quantitativa Discreta	

4.7. Organização dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha Excel com os dados pertencentes ao Instrumento de Avaliação Externa (AVE) distribuídos segundo o CEO.

Os valores de GINI, PIB e IDH são municipais e foram atribuídos ao CEO conforme sua localização (Município).

Os dados de produção de biópsias foram divididos em dois grupos. Um grupo possuiu a soma das produções de biópsia para o ano de 2013 de cada CEO (Anual) e o outro grupo abrangeu a soma das produções de cada CEO para os mesmos três meses (julho/agosto/setembro) (Trimestral) que foram adotados como parâmetro PMAQ-CEO.

4.8. Análise dos dados

Os dados foram analisados descritivamente conforme frequência e distribuição. A análise inferencial foi feita por meio de uma Regressão Binária Logística. Nesse estudo foi adotado nível de significância de 5% e poder de teste de 80%. Ou seja foi admitido até 5 % de probabilidade de estar errado nas diferenças encontradas, e 80% de chance de detectar uma diferença que realmente existe (50).

4.9. Aspectos Éticos

Os dados utilizados na pesquisa são disponíveis, públicos e agregados, dispensando a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5. RESULTADOS

ARTIGO

Qualidade da Atenção Secundária em Saúde Bucal: Um olhar para o diagnóstico do câncer bucal

AUTORES:

Zacchia Hayvolla Fernandes Marinho de Araújo

Wilton Wilney Nascimento Padilha

Yuri Wanderley Cavalcanti

Edson Hilan Gomes de Lucena

Leopoldina de Fátima Dantas de Almeida

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a produção de biópsias e suas relações com aspectos estruturais e de processo de trabalho na atenção ao câncer bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Brasil. Para isso realizou-se uma pesquisa do tipo transversal, descritiva e analítica, por meio de dois bancos de dados secundários, o do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), e o do Departamento de Informática do SUS (SIA/SUS). Foram utilizadas 13 questões, sendo dez questões do “Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO e/ou com Cirurgião-Dentista do CEO”, e três do “Módulo I - Observação no CEO”. Também foram utilizados os dados de IDH, PIB e GINI municipal. Na análise estatística foi utilizado o teste Qui-Quadrado para verificar as associações entre as variáveis independentes e dependente. Posteriormente, a força e o efeito de associação entre essas variáveis foram avaliados por meio da Razão de Chances “OddsRatio”, calculada pelo uso de modelo de regressão binária logística. Os resultados revelaram que apenas 43,0 % dos CEO registraram produção de biópsias em 2013 e as regiões Sudeste e sul foram as que mais produziram 72,4% das biópsias do ano de 2013. A biópsia do tipo tecidos moles da boca foi a mais realizada com 95,8% da produção. O CEO tipo II apresentou melhor desempenho nessa produção. Alguns fatores estruturais e do processo de trabalhos internos do CEO parecem ter efeito positivo na produção de biópsias. As relações encontradas servem para o planejamento de ações voltadas ao câncer bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Bucais; Atenção Secundária a Saúde; Biópsia; Avaliação em Saúde; Diagnóstico bucal; Saúde Bucal

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the production of biopsies and their relationships with structural and work process aspects in the attention to oral cancer in the Centers of Dental Specialties (CEO) of Brazil. For this, a cross-sectional, descriptive and analytical research was carried out through two secondary databases, the first cycle of the Program for Improving Access and Quality of Dental Specialties Centers (PMAQ-CEO), and the Department of Information Technology of SUS (SIA / SUS). Thirteen questions were used, including ten questions from "Module II - Interview with CEO and / or CEO Surgeon-Dentist" and three from "Module I - CEO Observation." Data were also used for HDI, GDP and municipal GINI. In the statistical analysis, the Chi-Square test was used to verify the associations between the independent and dependent variables. Subsequently, the strength and the association effect between these variables were evaluated using the "OddsRatio" Chances Ratio, calculated using the binary logistic regression model. The results revealed that only 43.0% of the CEOs recorded biopsy production in 2013, and the Southeast and South regions produced 72.4% of the biopsies for the year 2013. The soft tissue biopsy of the mouth was the highest with 95.8% of production. The CEO type II presented better performance in this production. Some structural factors and the internal work process of the CEO appear to have a positive effect on the production of biopsies. The relationships found are used to plan oral cancer actions.

KEYWORDS: Oral Neoplasms; Secondary Health Care; Biopsy; Health Evaluation; Oral diagnosis; Oral Health

INTRODUÇÃO

O câncer bucal corresponde a quase 3% dos casos de câncer no mundo¹ e no Brasil as regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores prevalências. Em relação ao sexo esse tipo de câncer é o quinto mais incidente no sexo masculino e o 12º no sexo feminino². Embora exista uma grande chance de cura quando tratado no início^{4,5} 80% dos casos é diagnosticado tardiamente³ em indivíduos de baixa renda, com pouca escolaridade e com limitado acesso aos serviços de saúde.

O diagnóstico tardio está relacionado com a demora pelo paciente em perceber a alteração em buscar auxílio profissional, bem como pela^{6,7}.

O diagnóstico precoce do câncer bucal costuma ser dificultado por dois motivos: em primeiro lugar, na fase inicial, as lesões são assintomáticas e pouco valorizadas pelos portadores e em segundo lugar, as lesões são raramente identificadas pelos profissionais que examinam a cavidade oral. Contudo, o exame clínico destinado a visualização de sinais e sintomas ligados ao câncer bucal, é um procedimento simples e deve ser realizado em todos os indivíduos, principalmente naqueles pertencentes ao grupo de risco⁸, ainda que exames complementares sejam necessários, como a biópsia, para conclusão diagnóstica.

A biópsia é a principal ferramenta para o correto diagnóstico do câncer bucal. Portanto é fundamental que a gestão monitore a sua produção e os prestadores desse serviço, com finalidade de organizar a rede e melhorar o fluxo para o diagnóstico precoce². O espécime obtido através da biópsia deve ser encaminhado ao patologista, com todas as informações clínicas do caso e identificação do paciente uma vez que para a comprovação da presença ou ausência de alterações malignas é necessário o exame histopatológico do material obtido na lesão⁸.

Os CEO ofertam serviços de média complexidade em saúde bucal, entre eles, os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal e encaminhamento desses casos para tratamento e reabilitação. Tais estabelecimentos devem se constituir em unidades de referência para a Atenção Primária, com o objetivo de viabilizar a integralidade do cuidado a partir da referência e da contra referência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica. A Política nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), desde 2004, organiza e estrutura a Atenção Secundária em Saúde Bucal no Brasil através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).^{9,10}

O monitoramento das ações no CEO consiste na análise da produção mínima mensal apresentada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS¹⁰. A transferência de recursos financeiros está atrelada a essa produção mínima mensal de procedimentos estabelecidos pela Portaria do Gabinete Ministerial (GM) no 1.464, de 24 de junho de 2011, entre eles, a biópsia dos tecidos moles da boca².

Desde 2013, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) contribui para a reorganização do sistema de atenção à saúde bucal e aumentar o acesso às ações e aos serviços de saúde bucal, promovendo a continuidade do cuidado e atenção integral aos indivíduos. O PMAQ-CEO, foi organizado em quatro fases (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização) que se complementam e formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO⁹.

Na fase de Avaliação Externa, foi realizado o levantamento de informações para verificação das Condições de Acesso e de Qualidade dos CEO participantes do Programa. Durante sua realização, os avaliadores da qualidade visitam os CEO, coletando dados⁹ que constituem uma base de dados secundários rica e acessível para pesquisas.

A produção de biópsia no Brasil passou a ter registro individualizado (códigos específicos) a partir de 2011², passando a permitir seu monitoramento, e entre 2011 e 2014 foi identificada uma evolução de 50,0% chegando a ultrapassar 10000 biópsias ao final deste período. A Avaliação Externa do PMAQ-CEO indicou em 2013 que 82,3% dos CEO no Brasil declararam realizar biópsias e em 2014, 60,0% das biópsias de boca (incluindo faringe) foram executadas em CEO^{2,11}.

Diante da necessidade de abordagens específicas sobre monitoramento de ações voltadas ao diagnóstico do câncer bucal, este estudo se propôs a caracterizar a produção de biópsias e suas relações com aspectos estruturais e de processo de trabalho nos Centros de Especialidade Odontológicas no Brasil.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo com abordagem quantitativa, transversal, descritiva e analítica com o uso de dados secundários de abrangência nacional. O estudo foi censitário e considerou 930 Centros de Especialidades Odontológica participantes da terceira fase (AVE) do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) I Ciclo realizado em 2013/2014 que apresentaram produção de biópsias no ano de 2013. Foram excluídos 140 CEO por ausência de produção de biópsias, e 112 CEO por ausência dos dados na Avaliação Externa resultando em amostra de 678 CEO.

Coleta dos dados

O estudo é uma análise dos procedimentos relacionados à identificação do câncer bucal oferecidos nos CEO do Brasil, considerou em específico os registros de produção de biópsias e os componentes estruturais e processuais do serviço como contribuição aos parâmetros de qualidade incentivados pelo PMAQ-CEO. Que contribui com reflexão sobre oferta, demanda e fluxos da atenção secundária com enfoque no câncer bucal.

A coleta foi realizada no banco de dados do Departamento de Informática do SUS (SIA/SUS), a partir do número de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) dos Centros de Especialidades Odontológicas. Para obtenção dos dados de produção de biópsias foram utilizados filtros do sistema por meio dos códigos para biópsia: Biópsia dos tecidos moles da boca (0201010526), Biópsia de glândula salivar (0201010232) e Biópsia de osso do crânio e da face (0201010348). Estes dados foram dispostos em dois grupos. Um grupo reuniu os dados dos 12 meses de 2013 e outro os dados do terceiro trimestre de 2013, que foi a medida utilizada para definir a nota e a certificação de cada CEO pelo PMAQ-CEO. O uso dos grupos visou demonstrar a correspondência entre as produções considerando que a relação do tempo de coleta é três vezes maior em um dos grupos.

Do banco de dados do PMAQ-CEO I Ciclo foram usadas 13 questões. Sendo dez questões do “Módulo II – Entrevista com Gerente do CEO e/ou com Cirurgião-Dentista do CEO”. Duas questões da subdimensão “Apoio Matricial”, três da subdimensão “O CEO na rede de atenção à saúde”, três da subdimensão “Biópsia e encaminhamento para análise anatomohistopatológica”, e duas da subdimensão “Atenção ao câncer de boca”.

Do “Módulo I - Observação no CEO” foram selecionadas três questões. Duas questões da subdimensão “Identificação do tipo e profissionais do CEO”, e uma da subdimensão “Material impresso para atenção à saúde bucal”.

O PIB e o IDH por município foram obtidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e os dados do GINI por município obtidos do Atlas Desenvolvimento Humano no Brasil^{12,13}.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados descritivamente conforme frequência e distribuição. Na análise inferencial foi utilizado o teste Qui-Quadrado para associações entre as variáveis independentes e dependente. Posteriormente, a força e o efeito de associação entre essas variáveis foram avaliados por meio da Razão de Chances “OddsRatio”, calculada por Regressão Binária Logística. O estudo adotou nível de significância global de 5%. Para as análises, foram utilizados os softwares Statistical Package For the Social Sciences (SPSS) 18.0 e Excel® 2013.

Aspectos Éticos

Os dados utilizados na pesquisa são de livre acesso, públicos e agregados, dispensando a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

O estudo revelou que 43,0 % dos CEO registraram produção de biópsias em 2013 e que 21,0 % dos CEO registraram no terceiro trimestre conforme usado pelo PMAQ-CEO. Os Tipos de Biópsias apresentaram produção de 8061 (95,8%) Biópsias dos tecidos moles da boca, 269 (3,2%) Biópsias de glândula salivar, e 80 (1%) Biópsias de osso do crânio e da face, em 2013.

Entre as regiões do Brasil, verificou-se que o Sudeste apresentou 55,0% da produção nacional de biópsias para o ano de 2013 e a mesma tendência nos dados do terceiro trimestre. Para os estados brasileiros, o estado de São Paulo se destacou com 43,1% da produção

nacional para o ano de 2013, e 45,1% do terceiro trimestre, já o estado do Pará não registrou produção de biópsias no ano de 2013. (Tabela 1)

TABELA 1: Distribuição da produção de biópsias nos 12 meses de 2013 e no terceiro trimestre (julho/agosto/setembro/2013) empregados pelo PMAQ-CEO, por região e por estados.

Região Estado	Quantidade de CEO N	3º TRIMESTRE N	%	ANUAL N	%
NORTE	38	31	1,21%	123	1,47%
Acre	02	8	0,31%	26	0,31%
Amazonas	08	0	0,00%	4	0,05%
Amapá	00	0	0,00%	0	0,00%
Pará	18	0	0,00%	0	0,00%
Rondônia	02	4	0,16%	16	0,19%
Roraima	01	0	0,00%	3	0,04%
Tocantins	07	19	0,74%	74	0,88%
NORDESTE	250	226	8,83%	792	9,45%
Alagoas	13	2	0,08%	13	0,16%
Bahia	46	27	1,05%	93	1,11%
Ceará	55	100	3,91%	369	4,40%
Maranhão	14	2	0,08%	5	0,06%
Paraíba	41	12	0,47%	43	0,51%
Pernambuco	34	45	1,76%	141	1,68%
Piauí	23	0	0,00%	1	0,01%
Rio Grande do Norte	15	8	0,31%	22	0,26%
Sergipe	09	30	1,17%	105	1,25%
SUDESTE	248	1406	54,92%	4614	55,04%
Espírito Santo	07	9	0,35%	66	0,79%
Minas Gerais	52	138	5,39%	464	5,54%
Rio de Janeiro	50	103	4,02%	466	5,56%
São Paulo	139	1156	45,16%	3618	43,16%
SUL	91	407	15,90%	1460	17,42%
Paraná	36	211	8,24%	777	9,27%
Rio Grande do Sul	20	84	3,28%	294	3,51%
Santa Catarina	35	112	4,38%	389	4,64%
CENTRO OESTE	51	490	19,14%	1394	16,63%
Distrito Federal	08	12	0,47%	22	0,26%
Goiás	22	35	1,37%	134	1,60%
Mato Grosso do Sul	12	169	6,60%	169	2,02%
Mato Grosso	09	274	10,70%	1069	12,75%
BRASIL	678	2560	-	8383	-

A análise bivariada pelo teste de Qui Quadrado verificou as associações entre valores e produção para cada grupo (registro anual e registro do terceiro trimestre) e frequências das variáveis obtidas do instrumento AVE do PMAQ-CEO. (Tabelas 2 e 3). Na Regressão Binária Logística a análise considerou as associações entre variáveis retiradas do instrumento da AVE

do PMAQ-CEO e a presença de registro de produção de biópsias para o terceiro trimestre e o ano de 2013 (Tabela 4).

No teste Qui Quadrado considerando a presença de produção de biópsias no terceiro trimestre indicou diferença segundo o tipo de CEO, a presença cotas pré - definidas, a presença da ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico, a realização de capacitação de equipes de AB, a presença de referência para encaminhamento de peças de biópsia, a presença do registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca, a presença da referência para encaminhamentos de casos confirmados de câncer de boca, a presença da referência para encaminhamento para o estomatologista, e a presença de protocolo clínicos pactuados que

orientar o encaminhamento da AB para o CEO.

O teste de Qui-Quadrado apontou associação entre a presença de produção de biópsias anual e as variáveis PMAQ-CEO: tipo de CEO, a presença do estomatologista, a presença da ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico, a realização de capacitação de

TABELA 2. Análise bivariada (teste de Qui-Quadrado de Pearson) entre as variáveis do AVE do PMAQ-CEO e a presença de produção de biópsias para o trimestre de avaliação do PMAQ-CEO.

Variáveis	Categorização	TRIMESTRAL				P-valor
		Sem Produção		Com Produção		
		n	%	n	%	
Classificação dos CEO	Tipo I	172	25,4	61	9,0	0,025*
	Tipo II	229	33,8	123	18,1	
	Tipo III	71	10,5	22	3,2	
Presença do estomatologista	Nenhum	158	23,3	61	9,0	0,323
	1 ou mais	314	46,3	145	21,4	
Possui a requisição do exame anatomopatológico?	Sim	324	47,8	173	25,5	0,000*
	Não	148	21,8	33	4,9	
Possui cotas pré - definidas por ESB para o encaminhamento dos usuários para o estomatologista do CEO?	Possui	61	9,0	34	5,0	0,217
	Não possui	411	60,6	172	25,4	
Realiza capacitação de equipes de AB para detecção de câncer de boca?	Realiza	188	27,7	98	14,5	0,117
	Não realiza	154	22,7	64	9,4	
	Não Sabe / Não respondeu	130	19,2	44	6,5	
Possui referência para encaminhamento de peças de biópsia?	Possui	367	54,1	168	24,8	0,238
	Não Possui	31	4,6	7	1,0	
	Não Sabe / Não respondeu	74	10,9	31	4,6	
Possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?	Realiza registro	215	31,7	130	19,2	0,000*
	Não possui	257	37,9	76	11,2	
Possui referência para encaminhamentos de casos confirmados de câncer de boca?	Possui	380	56,0	180	26,5%	0,030*
	Não Possui	92	13,6	26	3,8%	
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?	Sim	285	42,0	145	21,4	0,013*
	Não	187	27,6	61	9,0	
Possui protocolos clínicos pactuados que orientam o encaminhamento de pacientes da AB aos CEOs?	Possui	245	36,1	132	19,5	0,003*
	Não Possui	227	33,5	74	10,9	
O CEO realiza biópsia?	Realiza	398	58,7	175	25,8	0,835
	Não Realiza	74	10,9	31	4,6	
Qual o prazo para agendamento de biópsia?	Prazo até 15 dias	382	56,3	170	25,1	0,775
	Prazo acima de 15 dias	16	2,4	5	0,7	
	Não realiza Biópsia	74	10,9	31	4,6	

equipes de AB, a presença do registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca, a presença da referência para encaminhamentos de casos confirmados de câncer de boca, a presença da referência para encaminhamento para o estomatologista, e a presença de protocolos clínicos pactuados que oriente o encaminhamento da AB para o CEO.

TABELA 3. Análise bivariada (teste de Qui-Quadrado de Pearson) entre as variáveis do AVE do PMAQ-CEO e a presença de produção de biópsias para o ano de 2013.

Variáveis		ANUAL				P - valor
		Sem Produção		Com Produção		
		N	%	N	%	
Classificação dos CEO	Tipo I	145	21,4%	88	13,0%	0,010*
	Tipo II	181	26,7%	171	25,2%	
	Tipo III	60	8,8%	33	4,9%	
Presença do estomatologista	Nenhum	132	19,5%	87	12,8%	0,225
	1 ou mais	254	37,5%	205	30,2%	
Possui a requisição do exame anatomopatológico?	Sim	262	38,6%	235	34,7%	0,000*
	Não	124	18,3%	57	8,4%	
Possui cotas pré - definidas por ESB para o encaminhamento dos usuários para o estomatologista do CEO?	Possui	52	7,7%	43	6,3%	0,641
	Não possui	334	49,3%	249	36,7%	
Realiza capacitação de equipes de AB para detecção de câncer de boca?	Realiza	149	22,0%	137	20,2%	0,093
	Não realiza	131	19,3%	87	12,8%	
	Não Sabe / Não respondeu	106	15,6%	68	10,0%	
Possui referência para encaminhamento de peças de biópsia?	Possui	298	44,0%	237	35,0%	0,377
	Não Possui referência	25	3,7%	13	1,9%	
	Não Sabe / Não respondeu	63	9,3%	42	6,2%	
Possui registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca?	Realiza registro	164	24,2%	181	26,7%	0,000*
	Não possui	222	32,7%	111	16,4%	
Possui referência para encaminhamentos de casos confirmados de câncer de boca?	Possui	309	45,6%	251	37,0%	0,045*
	Não Possui	77	11,4%	41	6,0%	
Possui a referência da UBS com o termo, por escrito ou por meio eletrônico?	Possui Documento	232	34,2%	198	29,2%	0,039*
	Não possui documento	154	22,7%	94	13,9%	
Possui protocolo clínicos pactuados que oriente o encaminhamento de pacientes da AB aos CEO?	Possui	193	28,5%	184	27,1%	0,001*
	Não Possui	193	28,5%	108	15,9%	
O CEO realiza biópsia?	Realiza	323	47,6%	250	36,9%	0,490
	Não Realiza	63	9,3%	42	6,2%	
Qual o prazo para agendamento de biópsia?	Prazo até 15 dias	312	46,0%	240	35,4%	0,734
	Prazo acima de 15 dias	11	1,6%	10	1,5%	
	Não realiza Biópsia	63	9,3%	42	6,2%	

A Regressão Binária Logística apresentou a probabilidade de produzir ou não Biópsias para os CEO segundo variáveis retiradas do instrumento da AVE do PMAQ-CEO apresentada na Tabela 4.

TABELA 4. Distribuição das variáveis do PMAQ-CEO em modelo de regressão binária logística múltipla para a produção de biópsias do ano de 2013 e o terceiro trimestre.

	ANUAL		TRIMESTRAL	
	Mediana IC 95%	Coefficiente Regressão	Mediana (IC 95%)	Coefficiente Regressão
BLOCO 1 - SOCIODEMOGRAFICAS				
IDH		7,5		7,7
GINI		-6,7		-6,1
BLOCO 2 – ESTRUTURAIS E DE PROCESSO	OR	P-valor	OR	P-valor
	(IC 95%)		(IC 95%)	
Tipo I		0,008		0,021
Tipo II	1,439 (1,139 - 1,819)	0,002	1,423 (1,104 - 1,833)	0,006
Tipo III	,686 (,495 - ,952)	0,024	,683 (,475 - ,982)	0,039
Tem um ou mais estomatologista (mudar para “ter”)	,820 (,669 - 1,007)	0,058	,833 (,670 - 1,036)	0,101
Tem ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico			1,449 (1,098 - 1,912)	0,009
Tem cotas pré - definidas por ESB para o encaminhamento dos usuários para o estomatologista do CEO			1,164 (,908 - 1,492)	0,231
Não sabe ou não respondeu (referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anatomohistopatológico)				0,010
Tem referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anatomohistopatológico			,672 (,449 - 1,005)	0,053
Não tem referência para encaminhamento de peças de biópsia para realização do exame anatomohistopatológico			,835 (,456 - 1,529)	0,559
Tem registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca	1,446 (1,201 - 1,742)	0,000	1,358 (1,109 - 1,662)	0,003
Tem protocolo clínicos pactuados que oriente o encaminhamento de pacientes da AB aos CEO para a especialidade de estomatologia	1,125 (,929 - 1,362)	0,227		
Possui prazo até 15 dias para realizar biópsia		0,033		
Tem prazo acima de 15 dias para realizar biópsia	1,493 (1,032 - 2,160)	0,033		

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram baixa produção de biópsias nos CEO no período em análise. Foram registradas 8383 biópsias em 2013 frente à estimativa de 15290 novos casos de câncer bucal para o ano de 2014¹⁴. Ainda em 2014 os CEO produziram 60,0% das biópsias na cavidade oral e faringe² com os outros serviços de saúde como as redes de atenção básica, atenção especializada (policlínicas e centros de especialidades), hospitais habilitados em oncologia, hospitais não habilitados em oncologia, universidades, pronto atendimentos, consultórios isolados, e unidades de apoio e terapia assumindo o restante deste percentual².

A distribuição da produção de biópsia entre tantos serviços diferentes dificulta o monitoramento e análises com abrangência nacional, observou-se ainda, que mesmo entre os CEO, a produção se distribuiu irregularmente, com mediana igual a 10 e amplitude de 479. Da produção total, 26,3% ficou concentrada em dez (1,47%) CEO, e destes dois são Tipo I e oito são Tipo II. Dos CEO que realizaram biópsias, o tipo II representou 59,7% no grupo trimestral e 58,5 no grupo anual.

As regiões Sudeste e Sul concentraram a produção de biópsias mesmo com menor número de CEO em relação ao Nordeste, entretanto, apresentaram oito dos dez CEO mais produtivos. A menor produção ficou para a região Norte. Uma concentração maior foi encontrada para os estados de São Paulo e Mato Grosso, os quais representam 43,1% e 12,7% da produção nacional em 2013, respectivamente. Fatores locais (como estar em universidade, p.ex) e organizacionais de cada CEO parecem ser mais potentes para explicar as diferenças entre as produções de biópsias.

A análise da produção de biópsias no CEO precisa considerar aspectos estruturais e processuais internos e, um deles é o próprio registro da produção que está na cota da especialidade de cirurgia oral menor. Esta condição poderia reforçar uma restrição ou desinteresse das outras especialidades para sua realização. Considerando que todo cirurgião dentista (do CEO ou não) deveria estar apto a executar uma biópsia¹⁵, a ausência ou baixa quantidade de produção deveria ainda idealmente ser consequência exclusiva do perfil da demanda, no entanto, os dados mostram que é preciso produzir mais.

Um registro da demanda de lesões com potencial de malignização, bem como de outros meios diagnósticos poderiam contribuir para superar a insegurança dos cirurgiões dentistas para realizar o rastreamento e diagnóstico em câncer bucal¹⁶, e deste modo reduzir o

diagnóstico tardio e o elevado número de óbitos que foi de 5.898 sendo 4.672 homens e 1.226 mulheres para o ano de 2015¹⁷.

Na busca por fatores associados à produção de biópsias junto aos dados disponibilizados pelo instrumento da AVE do PMAQ-CEO foram empregadas análises binária e de regressão. Os dados obtidos do PMAQ-CEO foram comparados aos dados de produção sendo estes agrupados de dois modos. Um modo considerou a soma das produções de biópsia para o ano de 2013 de cada CEO (Anual) e o outro modo empregou a soma das produções de cada CEO para os mesmos três meses (julho/agosto/setembro) (Trimestral) que foram adotados como parâmetro PMAQ-CEO.

Os resultados mostram que a ampliação do período de coleta de trimestral para anual não mudou o número de variáveis com associação positiva na análise binária, do mesmo modo, a análise de regressão não permitiu identificar um número maior de variáveis, sugerindo que maior capacidade de identificação de CEO com a produção de interesse, não afetaria as comparações.

Aspectos relacionados diretamente com a biópsia (referência para encaminhamento da peça, realização de biópsia e prazo de agendamento para biópsia) e aspectos relacionado à área da estomatologia (presença de estomatologia, cotas para estomatologista e capacitação das equipes da AB para detecção do câncer de boca) não tiveram associação. Em um CEO com serviço de estomatologia durante 5 anos foram atendidos apenas 140 pacientes. Esse dado contextualiza a pequena demanda encontrada nesses serviços, o que pode ser associado ao fato de pacientes com lesões suspeitas procurarem centros médicos ou hospitalares, em detrimento dos serviços odontológicos na busca por atendimento diagnóstico¹⁸.

Sabe-se que falhas na rede, quer por ausência do serviço (CEO) ou desconhecimento do fluxo a partir da atenção básica, estão relacionadas com atrasos no diagnóstico do câncer bucal¹⁶. A possibilidade de reunir as ações (biópsia, exame histopatológico e laudo) em um único serviço (CEO) já foi descrita como positiva e se refere a um CEO entre os dez com maior produção¹⁸.

Para a análise de Regressão Binária Logística foram usadas todas as variáveis selecionadas da AVE (dicotomizadas) e a presença da produção de Biópsias para o ano de 2013. No modelo final ajustado as variáveis que tiveram associação estatística foram: Tipo de CEO, Tem registro de usuários com diagnóstico de câncer de boca, Tem prazo acima de 15 dias para realizar biópsia, IDH e GINI.

O CEO Tipo II tem maior probabilidade de melhor desempenho na produção de biópsias o que é coerente com a indicação deste Tipo de CEO tendo apresentado melhores resultados no cumprimento de metas gerais^{19,20}.

O CEO que realiza o registro de usuários com diagnóstico de câncer de bucal tem mais chances de realizar biópsias. Esse registro auxilia na avaliação indicando qualidade na gestão e representa um diferencial na organização do CEO contribuindo no monitoramento dessa patologia, na definição dos procedimentos, na adoção de protocolos e efetivação da informação sobre a atenção especializada para melhoria do serviço^{11,21}.

Uma espera maior que quinze dias é coerente com o tempo de espera para atendimento em CEO já relatados, os quais se situam em torno de 30 dias^{22,23,24}, entretanto, em casos de diagnóstico positivo esta espera agrega mais 84 dias que decorrerão até o início de tratamento²¹, essa demora precisa ser encurtada e, talvez uma recomendação definindo uma prioridade para casos de biópsia diante de casos de cirurgia eletivas.

Nos municípios com melhor IDH, os CEO apresentaram mais chances de fazer biópsias e esta relação também foi relatada para o desempenho do CEO de modo geral^{19,20}. Já, para o coeficiente de GINI, foi verificado que para o valor do GINI maior, o CEO tem menos chances de realizar a biópsia. Estes dados reforçam as observações de que melhores condições socioeconômicas e menor desigualdade de um município contribuem para a melhor atuação do CEO²⁰.

A construção do banco de dados deste estudo encontrou na base do SIA/SUS, muitos CEO com ausência de registros de produção de biópsias, no entanto, a agilidade, na obtenção e a possibilidade de análise reafirmam sua relevância para o planejamento e a tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos CEO analisados, observou-se baixa produção de biópsias e distribuição irregular no território nacional, com concentração de produção de biópsias em alguns CEO. Os CEO tipo II tiveram melhores resultados para produção de biópsias. Os municípios com melhores fatores socioeconômicos, melhores desempenhos foram encontrados. E elementos estruturais e processuais, como os organizadores do fluxo impactaram na produção de biópsias. Esta pesquisa apontou aspectos que podem influenciar na produção de biópsias contribuindo na melhoria da atenção secundária com ênfase no câncer bucal.

REFERÊNCIAS

1. Dias AA, Rego DM, Lima DLF, Dalcico R, Políticas Públicas e Epidemiologia do Câncer de Boca. In: Dias AA. Saúde Bucal Coletiva Metodologia de Trabalho e Práticas. 1ª. São Paulo: Santos; 2007. p. 297- 313.
2. Instituto Nacional do Câncer. Detecção Precoce. Boletim jan - abr. 2016. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: [<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016>]. Acesso em: 12 Jul. 2018.
3. Warnakulasuriya S, Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncology. 2009 Abril – Maio; 45(5): 309-316.
4. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. Braz J Otorhinolaryngol. 2010; 76(4): 416- 422.
5. Torres SVS, Sbegue A, Costa SCB. A Importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. Rev Soc Bras Clin Med. 2016 Jan-Mar 14(1): 57-62.
6. Torres – Pereira CC, Dias AA, Melo NS, Junior CAL, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; v.28 Sup: 30-39.
7. Barros GIS. Câncer de boca em um município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro: cuidado e rede de atenção a partir da estratégia de saúde da família [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense – UFF; 2016.
8. Jitomirski F, Câncer Bucal. In: Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 6ª. São Paulo: Santos, 2013. p. 593- 606.

9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Brasília: MS; 2017. (Manual Instrutivo 2º Ciclo).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 23 de março de 2006.
11. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P, Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil. 1ª. Recife: UFPE; 2016.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
13. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2013. [acesso em 10 mar 2019]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>
14. Instituto Nacional do Câncer. Informativo Detecção Precoce. Boletim set- dez. 2014. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_3_2014_errata_2.pdf] Acesso em: 18 Mai. 2019.
15. Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Rosy Iara Maciel De A. Ribeiro. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Revistas*. 2014;71(1):42.
16. Lombardo EM, Cunha ARD, Carrard VC, Bavaresco CS. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1223–32.
17. Sistema de Informações de Mortalidade. Datasus; 2008. [Acesso em 10 mai 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
18. Kniest G, Stramandinoli RT, Avila LFDC, Izidoro AC. Frequency of oral lesions diagnosed Frequency of oral lesions diagnosed at the Dental Specialties Center of Tubarao (SC). *RSBO*. 2011;8(1):13-8.
19. Thomaz EBAF, Sousa GMCD, Queiroz RCDS, Coimbra LC. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016;25(4):807–18.

20. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009 fev;25(2):259-67.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
22. Martins RC, Reis CM, Machado ATM, Amaral JH, Werneck MA, Abreu MH. Relationship between primary and secondary dental care in public health services in Brazil. *PLoS One* 2016; 11:e0164986.
23. Borghi GN, Vazquez FDL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Bulgareli JV, Pereira AC. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*. 2014;18(2).
24. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2013;42(5):317-23.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa pesquisa reforçam a existência de uma baixa produtividade de biópsias para muitos CEO frente a estimativa de novos casos de câncer bucal. Foi encontrado uma distribuição irregular e concentrada em alguns CEO, que representou uma dificuldade no momento da análise dos dados, tendo em vista a grande variedade de produção encontrada.

Os CEO tipo II demonstraram melhores resultados para produção de biópsias. E nos municípios com melhores fatores socioeconômicos, melhores desempenhos foram encontrados.

O produção de biópsias foi influenciada por características de estrutura e processo de trabalho nos CEO, devendo-se levar em consideração que algumas dessas características parecem ter um poder maior de influência na produção. Para obtenção dos dados de produção de biópsias foi necessário aprender a manipular o programa Tabwin, o que representou uma dificuldade.

Deste modo, este estudo promoveu identificação de possíveis fatores influenciadores dessa produção nos CEO e uma reflexão sobre oferta, demanda e fluxos da atenção secundária com enfoque no câncer bucal, possibilitando repensar sobre quais as ações e serviços devem ser adotados de forma a garantir avanços dessa temática.

Novos estudos devem ser realizados em busca de uma forma mais simples e segura para realizar o diagnóstico do câncer bucal. Além disso, capacitações com o intuito de deixar os cirurgiões dentistas aptos a realizar biópsias devem ser ofertados com frequência pelas esferas públicas destinadas a todos os cirurgiões dentistas da atenção básica e secundária.

REFERÊNCIAS

1. Escorel S, Teixeira LA, História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do Império ao Desenvolvimento Populista. In: Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 279- 321.
2. Zioni F, Almeida ES, Filho FNBP, Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: a Reforma Sanitária e o SUS. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H. 2ª. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 115- 132.
3. Escorel S, História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar a Reforma Sanitária. In: Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 323- 364.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União 19 de Setembro de 1990.
6. Brasil. Lei 8.142 e o Controle Social. Diário Oficial da União 28 de Dezembro de 1990.
7. Noronha JC, Lima LD, Machado CV, O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 365- 393.
8. Narvai PC, Saúde Bucal Coletiva: Caminhos da Odontologia Sanitária a Bucalidade. Revista Saúde Pública. 2006; 40 : 141-147.
9. Moyses SJ, Políticas de Atenção à Saúde Bucal: o Cenário Internacional e o Brasil. In: Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 609- 633.
10. Contarato P. C, Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no Município de Vitória, do Espírito Santo; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 1986.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 1994.
13. Departamento de Atenção Básica Saúde Bucal. Encontro Estadual para fortalecimento da atenção básica [diapositivo]. São Luís (MA): 2018. 30 diapositivos, color.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal. Brasília; 2004

15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Brasília: MS; 2017. (Manual Instrutivo 2º Ciclo).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 23 de março de 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO). Diário Oficial da União 24 de junho de 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Diário Oficial da União 29 de julho de 2004.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1571, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Diário Oficial da União 29 de julho de 2004.
20. Torres – Pereira CC, Dias AA, Melo NS, Junior CAL, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; v.28 Sup: 30-39.
21. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P, Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil. 1ª. Recife: UFPE; 2016.
22. Chaves SCL, Política de saúde bucal no Brasil teoria e prática. Salvador: EDUFBA; 2016.
23. Pereira MG, Qualidade dos Serviços de Saúde. In: Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. 11ª. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 538- 560.
24. Rouquayrol Z, Almeida N. Medida da Saúde Coletiva. In: Epidemiologia e Saúde. 6ª. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 37-82.
25. Jannuzzi PM. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes e aplicações. 2ª. Campinas: Alínea, 2003.
26. Mankiw NG. Introdução à Economia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
27. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV, Derrico M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública. 1999 Jan; 15(1):15-28.
28. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [acesso em 2018 julho 14. O que é o IDHM; [2p]. Disponível em:

<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html>.

29. Donabedian A, A Guide to Medical Care Administration. Volume 2. American Public Health Administration. 1966.
30. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. Cienc Saúde Coletiva. 2016;21(2):339-50. doi:10.1590/1413- 81232015212.19332015.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Terceiro ciclo. Brasília: MS; 2017. (Manual Instrutivo).
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União 19 de julho de 2011.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Diário Oficial da União 21 de fevereiro de 2013. Revogada pela Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.599, de 30 de setembro de 2015. Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Diário Oficial da União 30 de setembro de 2015.
35. Instituto Nacional do Câncer. Informativo Detecção Precoce. Boletim set- dez. 2014. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_deteccao_precoce_3_2014_errata2.pdf] Acesso em: 12 Jul. 2018.
36. Instituto Nacional do Câncer. Detecção Precoce. Boletim jan - abr. 2016. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/estimativa/2016]. Acesso em: 12 Jul. 2018.
37. Dias AA, Rego DM, Lima DLF, Dalcico R, Políticas Públicas e Epidemiologia do Câncer de Boca. In: Dias AA. Saúde Bucal Coletiva Metodologia de Trabalho e Práticas. 1ª. São Paulo: Santos; 2007. p. 297- 313.
38. Warnakulasuriya S, Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncology. 2009 Abril – Maio; 45(5): 309-316.
39. Jitomirski F, Câncer Bucal. In: Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 6ª. São Paulo: Santos, 2013. p. 593- 606.

40. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010; 76(4): 416- 422.
41. Torres SVS, Sbegue A, Costa SCB. A Importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2016 Jan-Mar 14(1): 57-62.
42. Le Campeion ACOV, Santos KCB, Carmo ES, Junior FFS, Peixoto FB, Ribeiro CMB, Gonçalves LS, Ferreira SMS. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad Saúde Colt.* 2016; 24(2): 178-184.
43. Secretaria de Atenção à Saúde. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: [\[http://www.inca.gov.br/situacao/\]](http://www.inca.gov.br/situacao/). Acesso em: 12 Jul. 2018.
44. Cedraz JSB, Nascimento FM, Menezes FS, Takeshita WM, Santos NCN, Trento CL, Oliveira MC. Estudo clínico – epidemiológico de pacientes com câncer bucal em um período de treze anos. *Revista Cubana de Estomatol.* 2016; 53(3): 86-96.
45. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014. Rio de Janeiro Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/>. Acesso em: 12 Jul. 2018.
46. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativade-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf. Acesso em: 12 Jul. 2018.
47. Brasil terá mais de 300mil centenários em 30 anos. São Paulo: Folha de São Paulo; 2016 [28 de outubro, acesso em 2018 Julho 12]. Expectativa de vida maior requer planejamento para o futuro; [3p]. Disponível em: <http://estudio.folha.uol.com.br/educacao-em-seguros/2016/10/1827431-desafios-economicos-da-longevidade.shtml>
48. Barros GIS. Câncer de boca em um município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro: cuidado e rede de atenção a partir da estratégia de saúde da família [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense – UFF; 2016.
49. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Câncer J Clin.* 2002 ; 52(4):195-21.
50. Vieira S, Bioestatística Tópicos Avançados. 3ª. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.