



OS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E A PRODUÇÃO DE BIÓPSIAS NA PARAÍBA

The Specialized Dental Care Centers and the production of biopsies in Paraíba.

Ana Tafet Nascimento Alexandre¹, Eduarda Gomes Onofre de Araújo¹, Jozildo Morais Muniz Filho¹, Wilton Wilney Nascimento Padilha², Túlio Pessoa de Araújo³, Anna Karina Barros de Moraes Ramalho⁴.

¹Graduando(a) em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba-Brasil.

²Docente do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba-Brasil.

³Docente do curso de Odontologia. Departamento de Odontologia da Faculdade Rebouças de Campina Grande – Campus I – Campina Grande, Paraíba – Brasil

⁴Doutoranda em Ciências Odontológicas da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba-Brasil.

Correspondência: Túlio Pessoa de Araújo – Rua Clementina Lindo, 202, Altiplano, João Pessoa-PB – CEP: 58.046-460. **E-mail:** tuliopessoadearaujo@gmail.com.

Editor Acadêmico: Thiago Lucas da Silva Pereira

Received: 09/05/2022 / **Review:** 30/06/2022 **Accepted:** 30/07/2022

Como citar este artigo: Alexandre ATN et al. Os Centros de Especialidades Odontológicas e a produção de biópsias na Paraíba. RevICO. 2022; 20:e018.

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Saúde Bucal ampliou o acesso aos níveis secundário e terciário do atendimento odontológico por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, neles devem ser realizados, entre outros procedimentos, as biópsias, fundamentais para detecção e tratamento precoce do câncer bucal. **Objetivo:** Identificar a produção de biópsias para detecção de câncer bucal no estado da Paraíba e verificar a relação com a presença de CEO nos municípios do estado. **Metodologia:** Estudo com abordagem indutiva, procedimento descritivo e analítico com técnica de documentação indireta. **Universo de 223 municípios e amostra de 44 municípios da Paraíba.** Buscou-se no portal DATASUS os procedimentos de biópsia, separados por produção hospitalar e ambulatorial, nos anos de 2008 a 2021. Os dados foram separados por macrorregião de saúde da Paraíba e analisados com frequências absolutas e percentuais. **Resultados:** A produção ambulatorial no estado representou 98,5% da produção total e a hospitalar 1,4%. A Macrorregião I realizou 1.554 biópsias, a Macrorregião II realizou 1.298 biópsias e a Macrorregião III 449 realizou biópsias. A Correlação de Pearson entre as variáveis “número de CEO” e “número de biópsias” mostrou uma correlação alta entre essas variáveis nas Macrorregiões I e II e baixa correlação na Macrorregião III. **Conclusão:** Quanto maior a presença de CEO, maior é a produção de biópsias nos municípios ou macrorregiões de saúde do estado, principalmente os procedimentos ambulatoriais.

Descritores: Saúde Bucal. Diagnóstico. Câncer Bucal. Especialidades odontológicas. Atenção Secundária à Saúde.



Introdução

Para melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira foi necessário ampliar e mudar as práticas de assistência odontológica no país. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implantada em 2004, tem entre suas propostas, a de ampliar o acesso aos níveis secundário e terciário do atendimento odontológico por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica, onde são realizados procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) ¹.

Para funcionarem, os CEO precisam, no mínimo, realizar os procedimentos de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de bucal; Tratamentos de periodontia, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e capacidade de atendimento para portadores de necessidades especiais. Os CEO são responsáveis por grande parte dos diagnósticos de câncer bucal no país².

A realização de biópsias é fundamental para a detecção e tratamento precoce do câncer, melhorando as chances de cura. O atraso no início do tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, que inclui o câncer bucal, em tempo superior a 60 dias, afeta em 26% a sobrevida dos indivíduos quando comparado com o tempo inferior a 30 dias³.

Uma estimativa para o ano de 2020 apontou o câncer na cavidade oral como quinto que mais acometeu e o oitavo que mais matou os homens no Brasil, com um total de 11200 casos e 5120 óbitos ⁴. Na Paraíba a estimativa de incidência de câncer na cavidade oral, a cada 100 mil habitantes, foi de 11,97 novos casos entre homens e 4,78 entre mulheres, no ano de 2020⁴. De acordo com a população do estado, a estimativa para o ano de 2020, foi de 673 novos casos de câncer de bucal, entre homens e mulheres ⁴.

O objetivo deste estudo foi identificar a produção de biópsias para detecção de câncer bucal no estado da Paraíba na atenção secundária e terciária, e verificar a relação com a presença de CEO nos municípios do estado.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem indutiva, procedimento descritivo e técnica de documentação indireta⁵, sendo delineado como descritivo, observacional, não controlado e transversal⁶.

O universo da pesquisa corresponde aos 223 municípios do estado da Paraíba, enquanto a amostra é composta por 46 municípios que realizaram biópsias para o diagnóstico de câncer bucal a partir do ano de 2008, definida através da amostragem não probabilística, por conveniência, devido a disponibilidade de acesso aos dados.

Foram selecionados os dados referentes ao número das biópsias no estado da Paraíba entre os anos de 2008 e 2021, através da ferramenta TabNet, do portal DATASUS, do Ministério da Saúde. Foram coletados os dados referentes à quantidade absoluta de procedimentos do tipo: biópsia de glândula salivar, biópsia de osso do crânio e da face e biópsia dos tecidos moles da boca. O objetivo foi de comparar a produção



em dois dos âmbitos do SUS, e os procedimentos foram separados por produção hospitalar (SIH-SUS) e produção ambulatorial (SIA-SUS).

O número de biópsias foi descrito por município e por macrorregião de saúde. Na Paraíba são reconhecidas três macrorregiões de saúde que visam a resolubilidade na Rede de Atenção à Saúde. A Macrorregião I tem sede no município de João Pessoa, a Macrorregião II tem sede em Campina Grande e a Macrorregião III em Patos e Sousa.

A análise descritiva dos dados, por meio de frequências absolutas e percentuais, foi realizada em planilhas do programa Excel 2016® (Microsoft Corporation, Redmond, EUA) e a análise da correlação de Pearson no software BioEstat 5.0® (Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, v. 5.3, Tefé, AM) adotando-se nível de significância de 5%.

Resultados

O número de municípios que realizou biópsias na área ambulatorial da Paraíba foi de 46, representando 20,6% do total de municípios paraibanos. Na área hospitalar, 20 municípios realizaram biópsia, representando 8,9% do total de municípios paraibanos. Os municípios de Itatuba, Mamanguape, Pilar, Riachão do Bacamarte, Santa Cecília, Solânea, Sumé e Teixeira realizaram apenas procedimentos diagnósticos hospitalares.

O total de biópsias realizadas nos anos de 2008 a 2021 foi de 3254, com a produção ambulatorial representando 98,5% da produção total do estado e a hospitalar 1,4% da produção. Em relação às macrorregiões, a Macrorregião I realizou 1547 biópsias, a Macrorregião II realizou 1290 biópsias e a Macrorregião III realizou 417 biópsias.

Ainda sobre os procedimentos de biópsia, 11 CEO registraram não as realizar, dispostos nos municípios de Aguiar, Marizópolis, Piancó, Campina Grande, João Pessoa, Pocinhos, Remígio, São João do Tigre, Jericó, Paulista e Mulungu. João Pessoa e Campina Grande, no entanto, realizam biópsias em outros CEO. As tabelas 1, 2 e 3 mostram cada macrorregião de saúde (1, 2 e 3) e, respectivamente, seus municípios, se possuem CEO ou não, a produção ambulatorial, hospitalar e total.

Tabela 1. Distribuição em valores absolutos da produção de biópsias por nível de atenção e por município na Macrorregião I.

Município	Possui CEO	Produção de biópsias		Total
		Ambulatorial	Hospitalar	
Alhandra	Sim	21	0	21
Bananeiras	Sim	16	0	16
Bayeux	Sim	61	1	62
Belém	Sim	14	0	14
Cabedelo	Sim	7	1	8



Ingá	Sim	6	0	6
Itabaiana	Sim	48	1	49
Itatuba	Não	0	1	1
João Pessoa	Sim	1177	10	1187
Juripiranga	Sim	1	6	7
Mamanguape	Sim	0	1	1
Mari	Não	9	0	9
Mogeirolândia	Sim	4	0	4
Mulungu	Sim	3	0	3
Pilar	Sim	0	1	1
Pedras de Fogo	Sim	74	0	74
Riachão do Bacamarte	Não	0	1	1
Rio Tinto	Sim	4	0	4
Santa Rita	Sim	67	3	70
Sapé	Sim	3	4	7
Solânea	Sim	0	2	2
Total		1515	32	1547

Na Macrorregião I, a Correlação de Pearson entre as variáveis “número de CEO” e “número de biópsias” mostrou um coeficiente de 0,94 ($p > 0,2$), o que significa que há uma correlação muito forte entre a presença de CEO nos municípios da Macrorregião I da Paraíba e o número de procedimentos de diagnóstico realizados.

Tabela 2. Distribuição em valores absolutos da produção de biópsias por nível de atenção e por município na Macrorregião II.

Município	Possui CEO	Produção de biópsias		Total
		Ambulatorial	Hospitalar	
Alagoa Grande	Sim	3	1	4
Alagoa Nova	Sim	7	0	7



Aroeiras	Sim	1	0	1
Boqueirão	Sim	16	0	16
Cabaceiras	Não	1	0	1
Camalaú	Sim	1	0	1
Campina Grande	Sim	1108	5	1113
Cuité	Sim	7	0	7
Esperança	Sim	103	0	103
Lagoa Seca	Sim	4	0	4
Montadas	Sim	6	0	6
Monteiro	Sim	9	0	9
Picuí	Sim	2	0	2
Pocinhos	Sim	4	0	4
Queimadas	Sim	0	0	0
Santa Cecília	Não	0	0	0
Sumé	Sim	0	1	1
Taperoá	Sim	11	0	11
Total	Sim	1283	7	1290

Na Macrorregião II, a Correlação de Pearson entre as variáveis “número de CEO” e “número de biópsias” mostrou um coeficiente de 0,91 ($p > 0,2$), o que significa que há uma forte correlação entre a presença de CEO nos municípios da Macrorregião II da Paraíba e o número de 1291 procedimentos de diagnóstico realizados.

Tabela 3. Distribuição em valores absolutos da produção de biópsias por nível de atenção e por município na Macrorregião III.

Município	Possui CEO	Produção de biópsias		
		Ambulatorial	Hospitalar	Total
Cajazeiras	Sim	7	0	7
Catolé do Rocha	Sim	31	0	31
Condado	Sim	1	0	1



Coremas	Sim	19	0	19
Igaracy	Sim	20	0	20
Itaporanga	Sim	12	1	13
Lagoa	Não	0	0	0
Patos	Sim	142	0	142
Pombal	Sim	40	0	40
Princesa Isabel	Sim	101	0	101
Santa Luzia	Sim	4	0	4
São Bento	Sim	9	1	10
Sousa	Sim	26	1	27
Teixeira	Não	0	2	2
Total		412	5	417

Na Macrorregião III, a Correlação de Pearson entre as variáveis “número de CEO” e “número de biópsias” mostrou um coeficiente de 0,29 ($p = 0,02$) o que significa que não há uma fraca correlação entre a presença de CEO nos municípios da Macrorregião III da Paraíba e o número de 417 procedimentos de diagnóstico realizados.

Discussão

Os resultados demonstram uma baixa prevalência da realização de biópsias onde não há CEO. Nos municípios que possuem CEO, a média de realização dos exames foi de 95,3 biópsias por município. Já a média de número de biópsias entre os municípios que não possuem CEO (Itatuba, Mari, Riachão do Bacamarte, Cabaceiras, Santa Cecília, Lagoa e Teixeira) foi de 2 biópsias por município. Espera-se que, nestes municípios sem CEO, quando se identifique a necessidade de encaminhamento para a realização de biópsias, tais demandas estejam sendo encaminhadas para os pontos de referência de abrangência regional da Rede de Atenção Saúde (RAS), visto que, a população não pode ficar sem acesso ao procedimento. Considerando-se que, a RAS pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e que esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização⁷.

A produção ambulatorial, que é a produção não hospitalar, totalizou 3208 biópsias, representando 98,5% da produção total do estado e a produção hospitalar foi de 47 biópsias, 1,4% da produção do estado da Paraíba. O que indica que nos CEO, foi totalizado um valor 68 vezes maior de biópsias ambulatoriais realizadas, em relação às efetuadas em hospitais. Estima-se que, orientados pelo sistema de referência do SUS, muitos desses procedimentos a nível ambulatorial, na atenção secundária, acontecem devido aos encaminhamentos advindos da APS. Visto que, há evidências que a inclusão das equipes de saúde bucal na



atenção primária como impactante no aumento das ações de campanha, acompanhamento, encaminhamento para especialistas e registro de casos suspeitos de câncer bucal no Brasil⁸.

Com 1.952.127 habitantes e 64 municípios, a Macrorregião I de saúde possui 27 CEO e a maior quantidade de procedimentos de biópsia na Paraíba. Entre os anos de 2008 e 2021, foram registradas 1547 biópsias, o que corresponde a 47,5% da produção total do estado. Grande parte desse número, deve-se à capital do estado, João Pessoa, com 5 CEO, que realizaram 1187 desses procedimentos, um valor relativo a 76,7% do total realizado nessa macrorregião. A média de CEO por município, corresponde a um valor aproximado de 0,42. Já a média de procedimentos foi de 0,0007 por habitante. E a média de procedimentos por CEO foi de 57,9. Essa Macrorregião apresenta os melhores resultados de produção entre as macrorregiões de saúde da Paraíba, proporcionalmente à maior concentração de pessoas. No entanto, também é importante que a regionalização seja efetiva, e que a rede de atenção à saúde bucal seja organizada de forma equânime nos municípios pequenos e afastados dos grandes centros⁹.

A Macrorregião III de saúde abrange 89 municípios e uma população estimada de 946.314 habitantes. Nessa macrorregião, 25 municípios possuem CEO. A quantidade registrada de biópsia foi de 417 procedimentos. Esse número corresponde a 12,8% da produção total do estado. A média de CEO por município, corresponde a um valor aproximado de 0,28. Já a média de procedimentos foi de 0,0004 por habitante. E a média de procedimentos por CEO foi de 16,68. Apesar de apresentar a menor população entre as macrorregiões da Paraíba, essa macrorregião apresenta o maior número de municípios entre elas. Dessa forma, acredita-se, que a garantia do acesso aos procedimentos realizados no CEO pode não ser garantida plenamente.

A falta de diagnóstico precoce do câncer de bucal é vista como consequência de vários de fatores, entre eles a falta de acesso da população adulta à assistência odontológica, que pode impedir a detecção de feridas ou lesões em seus estágios iniciais¹⁰. A pouca produtividade nos CEO dessa macrorregião, comparando-se às Macrorregiões I e II, também é um fator preocupante. Esses dados mostram a tendência de menor produtividade à medida em que essas unidades se afastam da zona metropolitana da capital, João Pessoa. E não só nas pequenas cidades do estado, mas, em geral, os processos de trabalho se deterioraram em muitos CEO, especialmente nas regiões Norte e Nordeste¹¹.

A média de procedimentos por habitante mostrou-se maior na Macrorregião II, onde há maior número de CEO do que na Macrorregião I. Ela apresenta também maior concentração média de CEO por município.

A Correlação de Pearson entre as variáveis “número de CEO” e “número de biópsias” mostrou um coeficiente de 0,29, na Macrorregião III, a baixa produção de biópsias nessa Macrorregião em municípios com CEO, foi responsável por esse coeficiente. As causas para essa baixa proporção podem ser a falta de estrutura no CEO e falta de materiais necessários. Nesse tocante, um estudo mostrou uma considerável frequência de profissionais dos CEO do país relataram deixar de atender por falta de insumos/instrumental e equipamentos¹². Outra problemática apontada, está presente no sistema de informação e referência presente nessa rede de atenção à saúde, pois alguns pacientes ficam perdidos entre a unidade de saúde que os encaminhou ao CEO e agendam fora da regulação municipal¹³.



A Macrorregião III é a que tem menos CEO, porém é a que abrange o maior número de municípios: 89. A Macrorregião II abrange 70 municípios e a Macrorregião I abrange 64 municípios. É possível que a pouca concentração de CEO em uma macrorregião possa acarretar aos usuários dificuldade de acesso a oferta de serviços especializados, entre eles ao acesso as biópsias. Visto que, locais com uma cobertura baixa ou inexistente, de um determinado nível de atenção pode desencadear uma demanda de serviços muito alta, em outros pontos da rede comprometendo nestes casos, a atenção especializada ¹⁴.

A produção realizada em cada macrorregião de saúde mostra algumas diferenças no número e concentração de biópsias realizadas na Macrorregião III, no comparativo às duas primeiras: a Macrorregião I realizou 1554 biópsias, a Macrorregião II realizou 1114 biópsias e a Macrorregião III realizou 417 biópsias. Mesmo com a população reduzida, na Macrorregião III, o número reduzido do procedimento de diagnóstico faz com que a estimativa média de biópsia por habitante seja quase duas vezes menor que na Macrorregião I e mais de duas vezes menor na Macrorregião II. Nesse ponto, há congruência com os achados de um estudo mostrando que o desempenho dos CEO é maior onde há regiões de maior porte populacional e municípios classificados como sede de microrregião¹⁵.

Já nas Macrorregiões I e II, a alta produção de biópsias, principalmente nos municípios que possuem mais de 1 CEO: João Pessoa e Campina Grande, fizeram com que os coeficientes ficassem muito altos e com valores próximos entre si, o que comprova que os CEO são muito importantes para o enfrentamento diagnóstico e enfrentamento ao câncer bucal.

O estudo tem como possível limitação, a utilização de fontes secundárias, que são capazes de resultar em estimativas viesadas, decorrentes de erros de notificação e registro a partir da superestimação ou subestimação¹⁶. No entanto, a utilização dos Sistemas de Informações em Saúde é fundamental, visto que são ferramentas disponíveis e que servem de base para o estudo em todo país, contribuindo para as ações de Vigilância em Saúde, previstas pelas políticas de saúde vigentes no país¹⁷.

Diante do que foi observado neste recorte, reflete-se sobre quais aspectos podem estar influenciando nos resultados. Sugere-se que pesquisas posteriores sejam realizadas para uma melhor visão dos contextos a nível municipal, procurando identificar informações que possam responder e compreender tais cenários.

Neste sentido, investigar pontos relacionados à cobertura de saúde bucal na atenção básica, níveis de atenção existente nos municípios, e dados sociodemográficos podem ser boas alternativas. Outros fatores que podem produzir informações para uma compreensão mais complexa, são o de explorar sobre o processo de trabalho, acesso e estrutura desses serviços. Quanto a possibilidades de abordagem metodológica destes estudos, é válido que estudos qualitativos também sejam utilizados, por serem abordagens indicadas para tentar identificar respostas de ordem mais contextual e subjetiva, que podem impactar numa compreensão maior dos fatos. Estudos com esse perfil, podem contribuir para avaliação da organização dos serviços e suas ações, refletindo positivamente no planejamento local dos gestores e profissionais da saúde, e servir de modelo para outros locais. Na intenção de se buscar uma atenção em saúde bucal mais equânime, respaldada nos pressupostos do Sistema Único de Saúde, para repercutir de modo positivo na Promoção de saúde da população, e consequentemente, contribuir para sua qualidade de vida.



Conclusão

A presença dos Centros de Especialidades Odontológicas nos municípios paraibanos e nas macrorregiões de saúde, assim como a concentração deles, na Paraíba, está correlacionada com o número de biópsias realizadas no município. Nesse sentido, quanto maior a presença de CEO, maior é a produção de biópsias nos municípios ou macrorregiões de saúde do estado, principalmente os procedimentos ambulatoriais.

Disponibilização dos dados

Os dados usados para dar suporte aos achados deste estudo podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ABSTRACT

Introduction: The National Oral Health Policy (Política Nacional de Saúde Bucal) expanded access to secondary and tertiary levels of dental care through the implementation of CEOs (Centro de Especialidades Odontológica) where biopsies and other procedures essential for the early detection and treatment of oral cancer are performed. **Objective:** To identify the production of biopsies for the detection of oral cancer in the state of Paraíba and to verify their relationship with the presence of CEO in the Municipalities in the state. **Methods:** Study with an inductive approach, a descriptive and analytical procedure with an indirect documentation technique, a universe of 223 municipalities and a sample of 44 municipalities in Paraíba. Biopsy procedures separated by hospital and outpatient production, in the years 2008 to 2021, were researched on the DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil) portal. Data was separated by health macro-region of Paraíba and analyzed with absolute and percentage frequencies. **Results:** The outpatient production represented 98,5% of the state's total production and the hospital production represented 1.4% of the state's total production. Macroregion I performed 1554 biopsies, Macroregion II performed 1298 biopsies, and Macroregion III 449 performed biopsies. The Pearson correlation coefficient between the “number of CEOs” and “number of biopsies” variables showed a high correlation value between these variables in Macroregions I and II and a low correlation value in Macroregion III. **Conclusion:** the greater the presence of CEO, the greater the production of biopsies in the municipalities or health macroregions of the state, especially outpatient procedures.

Keywords: Oral Health. Diagnosis. Oral Cancer. Dental specialties. Secondary Health Care.

Referências

1. Brasil MS. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília. 2004. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>.
2. Leal RVS, Emmi DT, Araújo MVA. Acesso e qualidade da Atenção Secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. Phisys. Rio de Janeiro. 2021. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310205>>.
4. Silva INCJAG. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. INCA. Rio de Janeiro. 2019. Available from: <Estatísticas de câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer>.
3. Graboyes EM. Treatment delays with survival for patients with head and neck cancer: a systematic review. Jama Otolaryngol Head Neck Surg. 2019; 145:166-77. Available from: <Association of Treatment Delays With Survival for Patients With Head and Neck Cancer - PMC (nih.gov)>.
4. Silva INCJAG. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. INCA. Rio de Janeiro. 2019. Available from: <Estatísticas de câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer>.



- 5- Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa. Atlas. São Paulo. 2010. 7th ed.
6. Pereira MG. Epidemiologia – teoria e prática. Editora Guanabara. Koogan. 2001.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15 (5): 2297-2305.
8. Galante ML, Silva DP, Gabriel M, Michel-Crosato E, Junior GAP, Biazevic MGH, et al. Equipes brasileiras de saúde bucal na atenção primária e câncer bucal: resultados de uma avaliação nacional. *Braz. Res. Oral*. 2021. Available from: < <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0116>>.
9. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JRNS, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018; 42 (1). Available from: < <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S110>>.
10. Leôncio LL, Batista EPC, Queiroz FS, Nóbrega CBC, Costa LED. Diagnóstico e encaminhamento de pacientes com doenças bucais no serviço público de saúde de Patos-PB: atuação do cirurgião-dentista na referência e contrarreferência. *Arq Odontol. Belo Horizonte*. 2015; 51(4): 210-215.
11. Thomaz EBAF, Costa EM, Queiroz RCS, Emmi DT, Ribeiro AGA, Silva NC, et al. Avanços e fragilidades do processo de trabalho da rede de atenção ao câncer bucal no Brasil: uma análise da transição de classe latente. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2022; 50(1):38-47 Available from: < 10.1111/cdoe.1271>.
12. Leal RVS, Emmi DT, Araújo MVA. Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. *Physis*. 2021; 31(2). Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310205>>.
13. Sampaio ETM, et al. Acesso ao tratamento do câncer bucal na região do Colegiado de Gestão Regional de Campinas – SP: estudo de caso. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. São Paulo*. 2015. Available from: < [Odonto_02_2015_150-155.pdf \(cruzeirodosuleducacional.edu.br\)](#)>.
14. Filgueiras LV, Cabreira FS, Hugo FN, Celeste RK. Influência da autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade no quantitativo de procedimentos dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27 (1). Available from: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39622020>>.
15. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2015; 20(4). Available from: <[pt_1413-8123-csc-20-04-01149.pdf \(scielosp.org\)](#)>.
16. Thomaz EBAF, Souza GMC, Queiroz RCS, Coimbra LC. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(4):807-18.
17. Brasil MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília:Ministério da Saúde. 7th ed. 2009; 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).