



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Vanessa de Oliveira Pinto

Câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro: cuidado e rede de atenção a partir do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

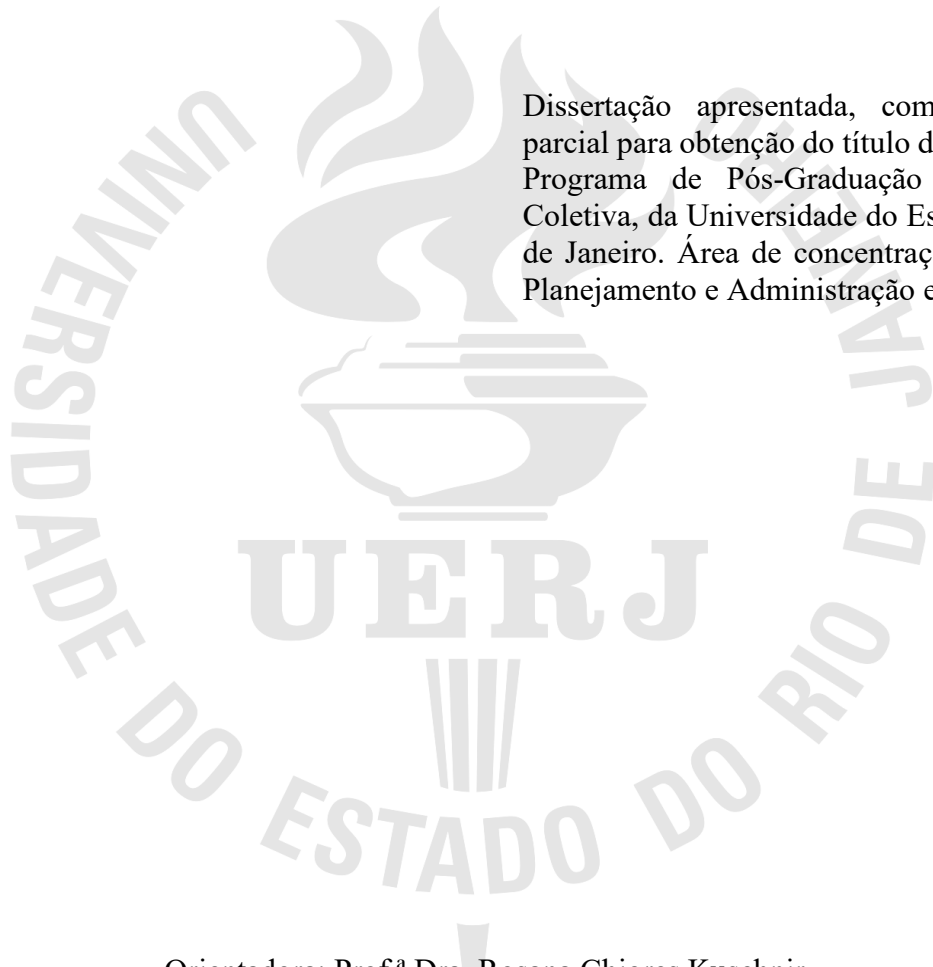
Rio de Janeiro

2023

Vanessa de Oliveira Pinto

**Câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro: cuidado e rede de atenção a partir do
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde



Orientadora: Prof.^a Dra. Rosana Chigres Kuschnir

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

P659 Pinto, Vanessa de Oliveira.
Câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro: cuidado e rede de atenção a partir do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) / Vanessa de Oliveira Pinto – 2023.
104 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosana Chigres Kuschnir
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Neoplasias bucais. 2. Serviços de saúde. 3. Assistência odontológica. 4. Diagnóstico bucal – Métodos. 5. Fatores de risco. 6. Especialidades odontológicas. 7. Sistema Único de Saúde. 8. Instituições odontológicas. I. Kuschnir, Rosana Chigres. II. Levcovitz, Eduardo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616.314

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Vanessa de Oliveira Pinto

**Câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro: cuidado e rede de atenção a partir do
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 10 de outubro de 2023.

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosana Chigres Kuschnir (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Thais de Andrade Vidaurre Franco
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Mário José Romãnach Gonzalez Sobrinho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Juliano, meus pais, Ignácio e Sandra, e ao meu filho, Arthur, que sempre estiveram ao meu lado, apoiando e incentivando a realização desta tarefa e deste objetivo. A vocês, minha eterna gratidão e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus, por ter cuidado de mim e da minha família e por ter me colocado nesse caminho, me possibilitando a oportunidade de evoluir através do conhecimento.

Agradeço ao meu marido Juliano que me deu todo o suporte e apoio que eu precisava, se dedicando em tempo integral a mim e a meu filho.

Agradeço à minha mãe Sandra que apoia todo sonho e projeto e tem se dedicado com todo amor e carinho ao meu filho Arthur quando estou ausente.

Agradeço ao meu filho Arthur que apesar dos seus 7 anos soube compreender as minhas ausências e teve a paciência de esperar, sempre me ofertando carinhos e sorrisos que me dão força pra superar qualquer obstáculo, qualquer desafio.

Agradeço à minha orientadora, professora Rosana Kuschnir, pela paciência, motivação, direcionamento e orientação nesta jornada.

Agradeço a Maria Júlia que não me deixou desistir mesmo conhecendo os desafios que eu tinha pela frente, a Liliane pela ajuda e incentivo, ao professor Lucas que me auxiliou na coleta de dados, às amigas Ana, Paulinha e Vanessa, minha cunhada Jaqueline e ao Thacyo, assim como aos colegas não mencionados aqui que colaboraram de forma especial e solidária para que eu pudesse me dedicar a conclusão desta dissertação.

Agradeço a Thais Franco pela paciência, carinho e disposição para me ajudar sempre que eu necessitei.

Agradeço a todos os professores do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), pelos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, agregando valor a esta trajetória de aprendizado, tanto para minha vida pessoal, como profissional.

E agradeço imensamente à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, pela oportunidade de aprimoramento técnico-científico através deste mestrado profissional.

Há duas formas para viver a sua vida. Uma é acreditar que não existem milagres. A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre.

Albert Einstein

RESUMO

PINTO, Vanessa de Oliveira. *Câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro: cuidado e rede de atenção a partir do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)*. 2023. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O câncer (CA) de boca representa um problema de saúde pública a nível mundial, com altas taxas de morbimortalidade. A desvalorização das lesões iniciais pelo profissional, somada à incapacidade técnica de reconhecimento dessas lesões, a demora do atendimento, erros no diagnóstico inicial, assim como a ausência de campanhas sobre a doença e seus fatores de risco, são fatores que diminuem as chances de diagnóstico do CA de boca em seus estágios iniciais. Para realização do diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas ou suspeitas de malignidade, é fundamental contar com uma rede de atenção à saúde estruturada e organizada, com profissionais capacitados para identificar as lesões em estágio inicial e realizar a biópsia para fins diagnósticos e posterior análise em laboratório que possua profissional especializado em anatomia patológica. O presente estudo teve como objetivo discutir o papel e desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em relação ao procedimento de coleta de biópsia de tecidos moles da boca no Estado do Rio de Janeiro, com finalidade diagnóstica, considerando seu papel na oferta deste procedimento. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória acerca do papel e desempenho dos CEOs com foco na oferta do exame de diagnóstico do CA de boca por estes centros, no período de 2017 a 2019. Os resultados apontam que os CEOs possuem um papel central para o diagnóstico do câncer de boca, mas aquém do que potencialmente poderia ofertar já que não houve produção de biópsias em 47 (57%) dos 82 CEOs existentes, no período analisado. Um dos limites do trabalho foi a incapacidade de avaliação dos sistemas de apoio, assim como a contribuição dos serviços de saúde das universidades para as análises desses exames devido a insuficiência de dados públicos sobre os exames anatomopatológicos específicos para o câncer de boca. Tais resultados buscam fornecer subsídios para que os gestores de saúde possam otimizar o fluxo dos usuários através da organização e do fácil acesso à rede, identificando e solucionando dificuldades enfrentadas por estes centros para a realização destes procedimentos, reduzindo atrasos na investigação diagnóstica e no tratamento desta patologia.

Palavras-chave: Câncer de boca. Sistema Único de Saúde. Centro de Especialidades Odontológicas.

ABSTRACT

PINTO, Vanessa de Oliveira. *Oral cancer in the state of Rio de Janeiro: care and care network from the Dental Specialties Center (DSC)*. 2023. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Mouth cancer (CA) represents a public health problem worldwide, with high morbidity and mortality rates. The devaluation of initial injuries by the professional, combined with the technical inability to recognize these injuries, as well as the delay in public assistance, errors in the initial diagnosis, as well as the lack of campaigns about the disease and its risk factors, are factors that reduce the chances diagnosis of oral CA in its initial stages. To carry out early diagnosis of potentially malignant and suspected malignant lesions, it is essential to have a structured and organized health care network, with professionals trained to identify lesions at an early stage and perform biopsy for diagnostic purposes and subsequent analysis in the laboratory. that has a professional specialized in pathological anatomy. In this sense, the present study aimed to discuss the role and performance of Dental Specialty Centers (CEOs) in relation to the procedure for collecting soft tissue biopsies from the mouth in the State of Rio de Janeiro, with diagnostic purposes, considering their role in offering this procedure. The study is a descriptive and exploratory research on the role and performance of CEOs with a focus on offering diagnostic examinations for oral CA by these centers, from 2017 to 2019. The results indicate that CEOs have a central role in the diagnosis of oral cancer, but below what they could potentially offer as there was no production of biopsies in 47 CEOs (57%) of the 82 existing CEOs in the period analyzed. One of the limits of the work was the inability to evaluate support systems, as well as the contribution of university health services to the analysis of these exams due to insufficient public data on specific anatomopathological exams for oral cancer. Such results seek to provide support so that health managers can optimize the flow of users through the organization and easy access to the network, identifying and resolving difficulties faced by these centers in carrying out these procedures, reducing delays in diagnostic investigation and treatment of this condition.

Keywords: Mouth cancer. Unified Health System. Center for Dental Specialties.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Carcinoma de Células Escamosas (CCE) em região lateral de língua	25
Figura 2 –	Carcinoma de Células Escamosas (CCE) em assoalho de língua	25
Figura 3 –	Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	44
Figura 4 –	Fluxo inter-regional para o procedimento de biópsias de tecidos moles da boca	57
Figura 5 –	Fluxo intermunicipal para o procedimento de biópsia de tecidos moles da boca	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Casos de câncer de boca segundo o estadiamento em porcentagem por região no Brasil no período de 2005 a 2014	29
Quadro 2 –	Divisão das regiões de saúde por município no Estado do Rio de Janeiro	44
Quadro 3 –	População estimada por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e para o Rio de Janeiro (capital) para 2019	45
Quadro 4 –	Cobertura populacional da saúde bucal na APS e cobertura populacional da APS em porcentagem por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	46
Quadro 5 –	Quantidade de municípios com CEO sobre o total de municípios da região de saúde, número de habitantes/CEO em 2019 e quantidade de CEOs habilitados (tipo I, II e III) por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) nos anos de 2017, 2018 e 2019	49
Quadro 6 –	Referências em alta complexidade para tratamento do CA de boca por regiões de saúde/Município no Estado do Rio de Janeiro	50
Quadro 7 –	Número de casos e óbitos de câncer de boca em números absolutos por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) nos anos de 2017, 2018 e 2019	50
Quadro 8 –	Casos por modalidade terapêutica segundo região de saúde-residência por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos 2017, 2018 e 2019	51
Quadro 9 –	Casos por modalidade terapêutica segundo região de saúde-tratamento por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos 2017, 2018 e 2019	52
Quadro 10 –	Tempo até o início do tratamento do câncer de boca por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019	52
Quadro 11 –	Número de casos de câncer de boca segundo o estadiamento por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019	53

Quadro 12 – Produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019	54
Quadro 13 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região de Baía de Ilha Grande/municípios no período de 2017 a 2019	60
Quadro 14 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região da Baixada Litorânea/municípios no período de 2017 a 2019	61
Quadro 15 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Centro Sul/municípios no período de 2017 a 2019	62
Quadro 16 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Centro Sul/municípios no período de 2017 a 2019	63
Quadro 17 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Metropolitana I/municípios no período de 2017 a 2019	65
Quadro 18 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Metropolitana II/municípios no período de 2017 a 2019	66
Quadro 19 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Noroeste/municípios no período de 2017 a 2019	67
Quadro 20 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Norte/municípios no período de 2017 a 2019	68
Quadro 21 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Serrana/municípios no período de 2017 a 2019	69
Quadro 22 – Quantidade de CEOs em números absolutos sem produção de biópsias por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) no período de 2017 a 2019	70

Quadro 23 – Cobertura de SB na APS em 2019, CEOs sem produção de biópsias no período de análise, casos em estadiamento III e IV, casos com início do tratamento maior que 60 dias após o diagnóstico do CA de boca em porcentagem por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro	71
Quadro 24 – Quantidade aprovada de exames anatomopatológicos por tipo de estabelecimento e região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019	72
Quadro 25 – Cobertura da APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	73
Quadro 26 – Cobertura de saúde bucal na APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	92
Quadro 27 – Quantidade de CEOs habilitados por tipo (I, II e III), por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	95
Quadro 28 – Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde/município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019	97
Quadro 29 – Quantidade de exames anatomopatológicos geral por Região de Saúde/Município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Associação Anjos da Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AEA	Atenção Especializada Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada
CA	Câncer
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCE	Carcinoma de Células Escamosas
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Clínica da Família
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Centro Municipal de Saúde
CMR	Centro Municipal de Reabilitação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IFF	Instituto Fernandes Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
MESB	Manual de Especialidades em Saúde Bucal
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PC	Procedimentos Coletivos
PDR	Plano Diretor Regional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNCCSF	Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD	Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental
QT	Quimioterapia
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RJ	Rio de Janeiro
RT	Radioterapia
SB	Saúde Bucal
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SisRHC	Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer
SITEC	Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Coputadorizada
TNM	Tumor Nódulo Metástase

U.A.D.T	Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	OBJETIVOS	20
1.1	Geral	20
1.2	Específicos	20
2	MATERIAL E MÉTODOS	21
2.1	Coleta de dados	21
3	CÂNCER DE BOCA	24
3.1	Fatores de risco	26
3.2	Prevenção	27
3.3	Diagnóstico	28
3.4	Estadiamento	28
3.5	Tratamento	29
4	ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO CÂNCER DE BOCA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	31
4.1	Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil	32
4.2	Atenção Primária à Saúde (APS)	34
4.2.1	<u>Equipes de Saúde Bucal (ESB) na APS</u>	35
4.3	Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	36
4.3.1	<u>Ações/atribuições dos profissionais do CEO</u>	38
4.4	Alta complexidade	38
4.5	Nós críticos encontrados na linha de cuidado ao câncer de boca	39
4.5.1	<u>Atraso no diagnóstico e início do tratamento</u>	39
4.5.2	<u>Avaliação da Atenção Especializada/CEO</u>	40
5	SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E O PAPEL DOS CEOS	43
5.1	Caracterização demográfica do Estado do Rio de Janeiro	43
5.2	Cobertura da APS e Saúde Bucal na APS por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	45

5.3	Rede de atenção odontológica de média complexidade do SUS no Estado do Rio de Janeiro	48
5.4	Unidades de Referência em Alta Complexidade para o tratamento do CA de boca no Estado do Rio de Janeiro	49
5.5	CA de boca no Estado do Rio de Janeiro	51
5.6	Produção de biópsias de tecidos moles da boca no Estado do Rio de Janeiro	55
5.6.1	<u>Fluxos inter-regionais</u>	57
5.6.2	<u>Fluxos intermunicipais</u>	58
5.6.3	<u>Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde e tipo de estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019</u>	59
5.6.4	<u>Produção de biópsias por região de saúde/município por tipo de estabelecimento de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019</u>	60
5.7	Quantidade de exames anatomopatológicos por tipo de estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro	72
6	DISCUSSÃO	74
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE A – Cobertura da APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	89
	APÊNDICE B – Cobertura de saúde bucal na APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	92
	APÊNDICE C – Quantidade de CEOs habilitados por tipo (I, II e III), por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	95
	APÊNDICE D – Quantidade de CEOs habilitados por tipo (I, II e III), por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019	97
	APÊNDICE E – Quantidade de exames anatomopatológicos geral por Região de Saúde/Município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019	101

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de boca representa um problema de saúde pública a nível mundial, apresentando alta prevalência e altas taxas de morbimortalidade, principalmente no sexo masculino e em idades acima dos 40 anos, de acordo com o Instituto Nacional do Inca (INCA, 2022a). Somam-se ainda a esse perfil, a baixa escolaridade e baixa renda encontrados na maioria dos casos (Dantas *et al.*, 2016).

O câncer de boca representa um conjunto de neoplasias malignas que afetam diversas localizações anatômicas na região da cabeça e do pescoço. Na literatura internacional não existe uma padronização das localizações primárias incluídas nas definições de câncer de boca. (INCA, 2022a). Neste estudo, serão consideradas como câncer de boca as neoplasias malignas de lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato duro, outras partes da boca, que correspondem aos códigos C00 a C06 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Trata-se de um tumor maligno que afeta os lábios, seu revestimento interno e estruturas circundantes, assim como a mucosa bucal, palato, gengiva, orofaringe e língua (Do Amaral *et al.*, 2022). Ocorre preferencialmente no assoalho bucal e na língua, sendo o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide) o tipo histológico mais frequente (INCA, 2022a).

De acordo com dados do INCA, estima-se que para cada ano do triênio de 2023 a 2025, o Brasil terá cerca de 15.100 casos novos de cânceres na cavidade oral, onde desses, 10.900 casos serão diagnosticados no sexo masculino, sendo considerada uma das taxas mais elevadas do mundo. Trata-se do oitavo tipo de câncer mais frequente sem considerar os tumores de pele não melanoma, destacando-se a região sudeste onde chega a ser o quarto tumor mais frequente em homens e o décimo terceiro em mulheres (INCA, 2022b).

De acordo com um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, a partir de uma análise temporal e espacial do câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro de 1999 a 2018, a redução da mortalidade por CA de boca não foi expressiva mesmo após a mudança no cenário assistencial na linha de cuidado para essa doença (Atty *et al.*, 2021).

Segundo Lima, Damasceno e Yamashita (2022), a alta prevalência e incidência desta neoplasia está diretamente associada ao estilo de vida do indivíduo, tendo como destaque os hábitos pessoais, sendo o uso de tabaco e álcool um dos maiores envolvidos, principalmente quando o uso é combinado, o qual produz efeito sinérgico em relação ao CA de boca.

Esse tipo de câncer pode ser prevenido de forma simples, desde que seja dada ênfase à

prevenção primária em saúde para redução da exposição aos fatores de risco (INCA, 2022a). O aumento do acesso aos serviços, o diagnóstico no início do desenvolvimento e o tratamento em tempo oportuno melhoram as chances de cura ou controle da doença (INCA, 2022a). Geralmente, o tratamento depende da avaliação médica e de cada prognóstico e propõe remoção cirúrgica da lesão, associada ou não à radioterapia (Campana; Goiato, 2013).

Mesmo sendo uma região de fácil visualização das lesões, o que possibilitaria maiores chances de um diagnóstico precoce, a maioria dos casos da doença ainda é diagnosticada em estágios avançados, contribuindo para um prognóstico ruim, embora haja um avanço expressivo em número de tratamentos médicos e cirúrgicos (Sant'ana *et al.*, 2021).

O ocorre que nos estágios iniciais da doença não há sintomatologia dolorosa e as lesões por muitas vezes não são percebidas, contribuindo para o diagnóstico tardio, que resulta na perda da qualidade de vida e para o elevado número de óbitos pela doença (Freire; Zanini; Flório, 2023).

A desvalorização das lesões iniciais pelo profissional, a incapacidade técnica de reconhecimento dessas lesões por falha na formação profissional, a demora do atendimento público por falta do serviço, erros no diagnóstico inicial, assim como ausência de campanhas sobre a doença e seus fatores de risco, também são fatores que diminuem as chances de diagnóstico do CA de boca em estágios iniciais da doença (Freire; Zanini; Flório, 2023).

Após a detecção da lesão no exame clínico, o diagnóstico definitivo do CA bucal é obtido através de biópsia, seguida de exame histológico de lesões consideradas suspeitas, que deve ser interpretado por um especialista (Do Amaral *et al.*, 2022).

Para realização do diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas e suspeitas de malignidade, é fundamental contar com uma rede de atenção à saúde estruturada e organizada, com profissionais capacitados para identificar as lesões em estágio inicial e realizar a biópsia, tanto na Atenção Primária em Saúde (APS), desde que haja profissional capacitado, quanto na Atenção Secundária, onde deve ocorrer preferencialmente, para posterior análise em laboratório que possua profissional especializado em anatomia patológica. Ademais é necessária uma regulação eficiente capaz de garantir o acesso ao tratamento necessário aos pacientes com diagnóstico positivo para a doença em tempo oportuno, diminuindo assim a morbimortalidade (Atty; Ribeiro; Migowski, 2020).

Sendo assim, o acesso também deve ser avaliado, uma vez que a baixa disponibilidade da oferta dos serviços especializados, bem como barreiras de acessibilidade como custo e dificuldades de transporte, problemas estruturais, de recursos humanos, distância das unidades de saúde, espera por atendimento, entre outros, principalmente para pacientes com piores

condições socioeconômicas podem afetar a integralidade do cuidado em saúde. Outras fontes enfatizam que o acesso se refere também à capacidade dos serviços em responder às necessidades de saúde da população (Figueiredo; De Góes; Martelli, 2016).

Cabe destacar que o diagnóstico do CA de boca está previsto nos serviços mínimos a serem oferecidos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que correspondem à atenção secundária dentro da rede de cuidados em saúde bucal (Brasil, 2006).

A avaliação da linha de cuidado do CA de boca com ênfase na realização de biópsias na atenção secundária por profissional capacitado no Centros de Especialidade Odontológica (CEOs), a partir do encaminhamento realizado pela APS, é fundamental para discutir como está a oferta do exame diagnóstico do CA de boca por estes estabelecimentos que compõe a média complexidade na rede de atenção à saúde bucal (RASB) e de que maneira isso está impactando no diagnóstico precoce e início do tratamento em tempo oportuno, reduzindo a mortalidade e tratamentos mutiladores que afetam a qualidade de vida.

Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo discutir o papel e desempenho dos CEOs em relação ao procedimento de coleta de biópsia de tecidos moles da boca no Estado do Rio de Janeiro, com finalidade diagnóstica, considerando seu papel na oferta deste procedimento, a fim de fornecer subsídios para que os gestores de saúde possam otimizar o fluxo dos usuários através da organização e do fácil acesso à rede, identificando e solucionando dificuldades enfrentadas por estes centros para a realização destes procedimentos, reduzindo atrasos na investigação diagnóstica e no tratamento desta neoplasia.

O estudo será dividido da seguinte forma: nos primeiros capítulos (capítulo 1 ao capítulo 6) serão apresentados características e aspectos relacionados ao câncer de boca e sua linha de cuidado, assim como um breve histórico das políticas públicas de saúde até a implantação dos CEOs e os nós críticos da linha de cuidado ao câncer de boca encontrados na literatura. Posteriormente, no capítulo 7, será apresentado dados coletados que caracterizam a rede de cuidado ao câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro, onde será abordado a distribuição da quantidade de procedimento de coleta de biópsia de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento de saúde e uma avaliação descritiva quanto ao desempenho dos CEOs com uma síntese dos dados coletados, apontando possíveis fatores que interferem no desempenho dos CEOs quanto à coleta de biópsias e que geram fluxos inter-regional e intermunicipal para a realização deste procedimento em cada uma das 9 regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Discutir o papel e o desempenho dos CEOs no procedimento de coleta de biópsias de tecidos moles da boca.

1.2 Específicos:

- a) apresentar a distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e o número de habitantes/CEO no Estado do Rio de Janeiro;
- b) apresentar a distribuição do procedimento de biópsia de tecidos moles da boca pelos diferentes tipos de estabelecimentos públicos de saúde no estado do Rio de Janeiro, e síntese dos dados encontrados sobre a linha de cuidado ao CA de boca em cada região de saúde do Estado do Rio de Janeiro, assim como os fluxos inter e intermunicipal para a realização desse procedimento;
- c) discutir o papel e o desempenho dos CEOs na produção de coletas de biópsias, considerando o papel prescrito para estas unidades, e os possíveis fatores de interferência que facilitam ou dificultam seu desempenho de acordo com os dados encontrados sobre o CA de boca nas 9 regiões do Estado do Rio de Janeiro.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória acerca do papel e desempenho dos CEOs no Estado do Rio de Janeiro, com foco na oferta do exame de diagnóstico do CA de boca por estes centros no período de 2017 a 2019.

Inicialmente, foi realizada uma apresentação sobre o CA de boca, onde foram apresentados dados sobre a epidemiologia, fatores de risco, principais estruturas acometidas, diagnóstico e tratamento.

Em seguida, uma breve apresentação sobre a Política Nacional de Saúde Bucal e sobre a linha de cuidado do CA de boca dentro da RASB no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de identificar seus principais pontos de atenção, atribuições e importância, com foco na atenção especializada ambulatorial (AEA).

Posteriormente, identificou-se na literatura alguns estudos sobre o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Devido à disponibilidade dos dados sobre a atenção ao CA de boca, a análise se concentrou nos dados públicos sobre número de casos, mortalidade, tempo até o início do tratamento, número de biópsias para fins diagnósticos, que é considerado o exame padrão ouro para este tipo de neoplasia, e tratamento cirúrgico que é o principal tratamento para este tipo de câncer.

O período analisado foi o de 2017 a 2019, escolhido por ter sido imediatamente anterior ao início da pandemia, que alterou o processo de atenção à saúde no SUS e consequentemente os dados de produção tanto do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)/SUS, quanto do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

2.1 Coleta de dados

As informações foram acessadas através do TABNET, plataforma que faz parte do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para este estudo foram coletadas informações relativas ao CA de boca no Brasil, registrados entre o período de 2017 a 2019. Os registros que foram incluídos estavam inseridos na categoria C00 a C06 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-

10), conforme a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês *International Agency for Research on Cancer*), (C00 lábio, C01 base da língua, C02 outras partes não específicas da língua, C03 gengiva, C04 assoalho da boca, C05 palato, C06 outras partes não específicas da boca).

Foi realizado um levantamento a respeito do número de CEOs existentes no Estado do Rio de Janeiro e sua distribuição espacial utilizando o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a fim de analisar a relação da distribuição de CEOs no Estado e a produção de exame diagnóstico do CA de boca pelos estabelecimentos especializados nas 9 regiões de saúde.

Foi realizado levantamento no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) do número de biópsias de tecidos moles da boca para fins diagnósticos (código 0201010526), identificando os estabelecimentos públicos e privados conveniados ao SUS que realizaram o procedimento. Estes estabelecimentos foram classificados a partir de sua habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no Estado do Rio de Janeiro nos seus 92 municípios.

Foi também realizado um levantamento acerca da distribuição dos casos de câncer de boca disponibilizados pelo PAINEL-Oncologia segundo estadiamento e segundo o intervalo entre a data do diagnóstico e a data do primeiro tratamento oncológico no Estado do Rio de Janeiro, buscando-se observar o quão tardiamente têm sido diagnosticados os casos de câncer de boca, e o se o tempo de espera para o início do tratamento encontrava-se dentro do estabelecido pela lei Federal nº 12.732/2012, onde o tempo máximo de demora para o início do tratamento dos pacientes com câncer de boca a partir do diagnóstico deve ser de 60 dias.

O SIA/SUS é um sistema em que a produção deve ser lançada mensalmente. O SCNES é um sistema de informação de cadastro: a) de estabelecimentos de saúde; b) de profissionais; c) de equipamentos de saúde; d) de Equipes Saúde da Família com ou sem Equipes Saúde Bucal (Atty; Ribeiro; Migowski, 2020).

Os dados disponíveis no PAINEL-oncologia são oriundos do SIA/SUS - através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN), geridos pelo Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (Atty; Ribeiro; Migowski, 2020).

Consonante à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, este estudo não necessita de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de informações de domínio público.

3 CÂNCER DE BOCA

O CA, tumor maligno ou neoplasia maligna são palavras com significado semelhante, utilizadas para se referir a um conjunto de doenças que acometem qualquer órgão, cujo aspecto comum é a replicação rápida, excessiva e desordenada das células, induzindo a formação de tumores. Nesse sentido, o CA de boca pode ser definido como um crescimento desordenado de células que invadem o tecido epitelial mucoso causando neoplasias malignas na cavidade bucal (Leite *et al.*, 2021).

A incidência do CA de boca no Brasil é considerada uma das maiores e mais altas em todo o mundo, sendo estimada pelo INCA para cada ano do triênio 2023-2025, 15.100 novos casos (INCA, 2022a).

Sua incidência é maior em indivíduos do sexo masculino (69,5%) do que do sexo feminino, apresentando uma média de idade de 40 anos, acometendo principalmente os pacientes leucodermas (De Carvalho; Ramos; Pires, 2022).

De acordo com Lima, Damasceno e Yamashita (2022), as áreas mais comuns de desenvolvimento desta neoplasia, são: gengivas, lábios, bochechas, língua, palato e assoalho bucal; por essa razão, ela é também denominada CA de lábio ou câncer de cavidade oral.

Para Sant'ana *et al.* (2021), as lesões bucais são muito comuns e podem variar desde uma simples afta até um CA de boca, muitas vezes causando apenas um incômodo. No entanto, caso evoluam para um estágio mais avançado de desenvolvimento, são capazes de trazer problemas bastante significativos para a qualidade de vida do paciente.

Segundo Leite *et al.* (2021), o tipo de neoplasia maligna mais diagnosticada na cavidade bucal é o Carcinoma Epidermoide, também denominado Carcinoma de Células Escamosas (CCE) ou Carcinoma Espinocelular, representando 95% dos cânceres na cavidade bucal, principalmente em pacientes que fazem uso de álcool e tabaco. A incidência de CA de boca em fumantes que consomem álcool é alta, pois o álcool atua como solvente e o cigarro, ao entrar em contato com a mucosa bucal, libera toxinas provocando agressão térmica quando aceso. Isso causa redução da imunidade tecidual da mucosa, propiciando a entrada de agentes carcinogênicos presentes no tabaco, aumentando o metabolismo de substâncias cancerígenas, com consequente aumento das prostaglandinas e das células de Langerhans.

O CCE caracteriza-se pela agressividade e alta incidência de metástase. No início é indolor, podendo ou não apresentar sangramento, porém, ao longo de seu desenvolvimento, a dor se apresenta, causando dificuldade para falar, mastigar e engolir. Emagrecimento

acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical são sinais de CA de boca em estágio avançado (Soares; Da Silva; Guedes, 2023). A seguir, podemos observar imagens compatíveis com o CCE em dois sítios anatômicos: região lateral da língua (Figura 1) e assoalho bucal (Figura 2).

Figura 1 - Carcinoma de Células Escamosas (CCE) em região lateral de língua



Fonte: De Carvalho e Da Rocha Duque, 2021.

Figura 2 - Carcinoma de Células Escamosas (CCE) em assoalho de língua



Fonte: De Carvalho e Da Rocha Duque, 2021.

3.1 Fatores de risco

Fatores de risco são aqueles responsáveis por afetar a chance do indivíduo em contrair uma doença. Diferentes tipos de CA apresentam diferentes fatores de risco, porém, quanto ao Carcinoma Epidermoide, sabe-se que sua causa é multifatorial, visto que múltiplos agentes ou fatores etiológicos atuam em conjunto na carcinogênese bucal. Os fatores de risco mais comuns do CA de boca estão relacionados com hábitos deletérios, como: tabagismo e etilismo crônicos, má higiene bucal, dieta pobre em proteínas, vitaminas e minerais ou ricas em gorduras; bem como exposição solar sem a devida proteção (Sant'ana *et al.*, 2021).

Além desses fatores, existem algumas características também comuns que predis põem o desenvolvimento desta neoplasia, entre elas: pessoas do sexo masculino com idade superior a 40 anos, desnutridos e imunodeprimidos, portadores de próteses que possam estar causando algum tipo de irritação da mucosa oral, no entanto, os principais fatores de risco relacionados ao CA de boca são os hábitos de fumar e o consumo excessivo de bebidas alcóolicas (Lemos Junior, 2013).

Santos, Cardoso e Guedes (2022) realizaram uma revisão narrativa descritiva, utilizando como base bibliográfica artigos científicos em português e inglês, publicados entre os anos de 2011 e 2022 nas bases de dados eletrônicas do PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico e INCA, trazendo informações a respeito dos principais fatores de risco que atuam no desenvolvimento da lesão maligna na cavidade bucal. Os autores observaram que o fator etiológico que tem se mostrado com uma maior predisposição para a lesão maligna é o tabagismo e o etilismo, principalmente quando associados.

Segundo Leite *et al.* (2021), o tabaco possui mais de 70 agentes cancerígenos, como por exemplo, a nitrosaminase e o hidrocarboneto policíclico, como o benzopireno, que em contato com a mucosa oral causa agressão térmica, provocando uma inflamação crônica. Já o álcool, por sua vez, ajuda a dissolver as substâncias presentes no cigarro, deixando-as em alta concentração.

De Castro Silva *et al.* (2021) realizaram uma revisão de literatura integrativa a fim de analisar os estudos publicados nos Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da SciELO, no período entre 2014 e 2020, relacionados às principais evidências e tendências sobre a influência do tabagismo como fator de risco para o CA bucal. Os resultados constataram que o tabagismo representa um importante fator de risco para o CA bucal e que sua associação com o etilismo pode ampliar a manifestação desta

neoplasia, sendo evidenciada por vários autores a tendência de crescimento do número de casos. Além disso, o acesso aos serviços de saúde e assistência odontológica são muito importantes para a detecção precoce da doença, sendo imprescindível criar e reforçar ações estratégicas e políticas públicas de saúde eficazes na prevenção e combate desta doença.

3.2 Prevenção

A principal forma de prevenção do CA de boca é a prevenção primária, ou seja, ações que possam diminuir a ocorrência e o predomínio de alguma doença, através da mudança de certos hábitos de uma determinada comunidade, como por exemplo, programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (De Carvalho; Da Rocha Duque, 2021).

As ações de prevenção primária no Brasil contam primeiro com a ESF, que junto com os agentes comunitários de saúde (ACS), conseguem identificar cada família, obtendo informações cruciais para um melhor atendimento. Por estarem mais próximos da população atuam como uma porta de entrada ao SUS, não só para alcançar informações sobre certa população, mas para atuar como um local de promoção de saúde e prevenção (Casotti *et al.*, 2016).

A presença do Cirurgião-dentista (CD) na APS é de suma importância para lidar com a doença, seja pela possibilidade de identificar indivíduos pertencentes ao grupo de risco, seja pela realização de práticas que busquem diagnosticar de forma precoce as lesões suspeitas (Freire; Zanini; Flório, 2023).

Segundo De Carvalho e Da Rocha Duque (2021), o exame físico da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica. As ações do CD abrangem variados níveis de prevenção, além deste ser encarregado da criação e articulação de práticas e políticas que diminuam a exposição dos pacientes aos fatores de risco, conscientizando a população sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce.

Ações educativas para que a população tenha conhecimento sobre os fatores de riscos, sinais e sintomas e profissionais capazes de identificar precocemente a lesão e indicar um exame

de biópsia quando necessário, aumenta as chances de diagnóstico precoce e melhora o prognóstico do paciente (De Carvalho; Ramos; Pires, 2022).

3.3 Diagnóstico

Segundo o INCA (2022a), o diagnóstico do CA de boca faz-se normalmente com o exame clínico (visual), exigindo sua confirmação através da biópsia. Esse procedimento, na grande maioria das vezes, pode ser feito de forma ambulatorial, com anestesia local, por um profissional treinado e consiste na retirada de um fragmento de tecido para análise histopatológica, que deve ser analisado por um serviço de anatomopatologia, acompanhada de uma ficha de requisição contendo características da lesão, região e hipóteses diagnósticas. A biópsia pode ser incisional (quando parte da lesão é retirada) ou excisional (quando toda lesão é removida) e pode ser realizada na APS ou na AEA.

O tecido retirado deve ser enviado para análise e fixado em formol a 10% em um volume de líquido de pelo menos 10 vezes o tamanho da peça cirúrgica removida. Alguns exames de imagem, como a Tomografia Computadorizada (TC), também auxiliam no diagnóstico e, principalmente, ajudam a avaliar a extensão do tumor. A qualificação das Equipe de Saúde Bucal (ESB) sobre diagnóstico de CA de boca, bem como estratégias de comunicação para a população são importantes na APS e na atenção secundária. Somado a isso, a oferta obrigatória da biópsia para fins diagnósticos nos CEOs visa aumentar a probabilidade do diagnóstico precoce (Brasil, 2018).

3.4 Estadiamento

O estadiamento clínico de um tumor é determinado através da realização de um exame físico detalhado e complementado por exames de imagens, sempre que necessário (El-Naggar *et al.*, 2017; Neville *et al.*, 2016).

O sistema Tumor Nódulo Metástase (TNM) permite a classificação do CA, fornecendo informações sobre o tratamento mais adequado, o prognóstico da doença, sua evolução e localização. Nele, a letra T corresponde ao tamanho do tumor e à sua localização, N indica se

o CA se propagou ou não para os nódulos linfático próximos do tecido de origem e M, se o CA se propagou para os órgãos mais distantes (El-Naggar *et al.*, 2017; Neville *et al.*, 2016).

O estadiamento TNM permite classificar o paciente de acordo com as características clínicas do câncer, e a definição do estágio do tumor ajuda na definição do tipo de tratamento e no prognóstico do paciente. O CA de boca é classificado em quatro estágios diferentes sendo o estágio 0 o estágio inicial (carcinoma in situ), enquanto o estágio 4 significa um estágio mais avançado e disseminado da doença (El-Naggar *et al.*, 2017; Neville *et al.*, 2016).

Uma pesquisa realizada com dados do Sistema Nacional de Informações de Registros Hospitalares do Câncer (SisRHC), no período de 2005 a 2014, revelou que, no Brasil, o estadiamento do câncer de boca mais frequente foi o IV (62,24%) e que, em todas as regiões brasileiras, esse percentual foi acima de 50%, conforme mostra o Quadro 1 (Soares; Bastos Neto; De Souza Santos, 2019).

Quadro 1 - Casos de câncer de boca segundo o estadiamento dado em porcentagem por região no Brasil no período de 2005 a 2014

Região	Estadiamento				Sem estadiamento
	1	2	3	4	
Norte	9,3	15,93	20,82	53,57	0,62
Nordeste	8,03	14,91	22,83	53,57	0,63
Centro Oeste	14,77	13,97	19,81	50,85	0,57
Sudeste	14,93	13,76	16,76	53,27	1,25
Sul	13,21	12,60	23,59	50,09	0,48
Brasil	2,33	18,96	2,55	62,24	13,90

Fonte: adaptado do estudo de Soares, Bastos Neto e De Souza Santos (2019).

3.5 Tratamento

O tratamento a ser escolhido dependerá da localização, do grau de malignidade, do estadiamento do tumor e da condição de saúde do indivíduo. Em se tratando de CA de boca, a cirurgia é a mais indicada para remoção do tumor sendo o tratamento de escolha, associada ou não à Radioterapia (RT) e ou Quimioterapia (QT) dependendo do caso (Soares; Da Silva; Guedes, 2023).

De acordo com Campana e Goiato (2013), a RT é geralmente utilizada em pacientes que por alguma razão não pode se submeter a cirurgia. Embora esta seja tão eficaz quanto a cirurgia, apresenta algumas desvantagens, como: efeitos adversos ao tratamento oncológico (xerostomia e disfagia) e o tempo de tratamento que é mais longo, durando cerca de 6 a 7 semanas.

Antes do início da RT, o paciente precisa realizar um planejamento para marcar a posição e a área a ser tratada ao longo do processo; além disso, a máscara é feita para manter a cabeça do paciente em posição em todas as sessões seguintes (Guedes; Santana; Leles, 2021).

Para Novaes *et al.* (2019), um tratamento interventivo/preventivo deve ser realizado anteriormente ao tratamento radioterápico, a fim de diminuir as complicações inerentes ao tratamento, como a osteoradionecrose e a cárie de radiação. No decorrer do tratamento, os pacientes devem manter cuidados odontológicos rigorosos, juntamente com a aplicação de flúor.

4 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO CÂNCER DE BOCA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considerando a diversidade dos contextos socioeconômicos e diversidade de necessidade de saúde da população nas diferentes regiões do Brasil, buscou-se organizar as redes de atenção à saúde (RAS) no SUS com o objetivo de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão em saúde (Brasil, 2017a).

Na RAS, o conceito de hierarquia é substituído pelo conceito de poliarquia e o sistema está organizado como uma rede horizontal de saúde (Mendes, 2011).

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para alcançar os objetivos da RAS, possuindo densidades tecnológicas diferentes que os caracterizam, tendo a APS como primeiro nível de atenção e a responsável pela coordenação do cuidado, incluindo os profissionais da Saúde Bucal (Brasil, 2017a).

Portanto, a rede de atenção ao câncer bucal deve buscar articular os três níveis de atenção, com organização das ações e serviços que possam garantir o acesso e a integralidade do cuidado de acordo com as necessidades da população em tempo oportuno (Brasil, 2019b).

A distribuição espacial dos pontos de atenção secundários e terciários na RAS ocorrem de acordo com o processo de territorialização: os pontos de Atenção Especializada, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção especializada hospitalar, nas macrorregiões sanitárias (Mendes, 2011).

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), que faz parte da RAS no SUS, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) corresponde ao ponto de Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do CA de boca como ponto de Atenção especializada hospitalar. Além disso existe outros pontos de atenção dentro da RASB, como Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidade Odontológica Móvel (UOM) (Brasil, 2018).

Além disso, como componente das RAS, ainda temos os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, regulação e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança (Mendes, 2011).

A Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na rede de atenção à saúde, teve como objetivo reduzir a

mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer, assim como a incidência de alguns tipos de câncer por meio de ações integradas em saúde, ou seja, através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento em tempo oportuno e oferta de cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida dos usuários (Brasil, 2013).

A PNPCC reconhece o câncer como doença crônica prevenível e a necessidade de oferta de cuidado integral que deve ocorrer por meio de uma rede de atenção regionalizada e descentralizada oferecida por profissionais com habilidades que qualifiquem o cuidado nos 3 níveis de atenção (Brasil, 2013).

4.1 Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil

Antes da criação do SUS em 1988 predominavam programas odontológicos centralizados e verticais direcionados para escolares e trabalhadores inscritos na Previdência Social (Frazão; Narvai, 2009).

Na primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986 foi proposta a inserção da saúde bucal no SUS através de um Programa Nacional de Saúde Bucal, que não foi colocado em prática, porém foi lançado dois programas: o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF) em 1988 e o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD) em 1989, ambos verticais e centralizados, que iam contra a unificação e descentralização do sistema de saúde (Frazão; Narvai, 2009).

O governo também ignorou as proposições aprovadas no Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), expressa em documento que reivindicava o direito e a necessidade de estados e municípios planejarem ações de saúde bucal, de acordo com a suas necessidades sociais e epidemiológicas (Frazão; Narvai, 2009).

O PNCCSF e o PRECAD foram extintos em 1989 e houve a inserção de “Procedimentos Coletivos” (PC) de saúde bucal (bochechos com flúor e escovação dental supervisionada) na tabela do SIA-SUS, criando condições para que essas ações pudessem também ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (Frazão; Narvai, 2009).

O desenvolvimento da saúde bucal no SUS repercutiu na realocação dos serviços odontológicos das escolas para unidades de saúde criando, com isso, condições para a inserção das ações em saúde bucal com os programas de saúde (Frazão; Narvai, 2009).

Já em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo MS no Brasil, buscando “mudar o modelo biomédico centrado na doença para um modelo mais ampliado e integral de cuidado a saúde com base na atuação multiprofissional”, que posteriormente foi chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2017a).

Somente no ano 2000 foram inseridas as ESB mudando a atuação do CD que atuava mais no alívio da dor, para uma atuação mais integral, ampliando o acesso e qualificando a atenção em saúde bucal (Matos *et al.*, 2020).

Também, nesse ano, houve a vinculação das receitas das três esferas de governo com os gastos em saúde, segundo a Emenda Constitucional nº 29, definiram-se repasses próprios para a saúde bucal no SUS, com incentivos financeiros para municípios que realizassem ações de saúde bucal desenvolvidas pelas das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF (Assis, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, lançada em 2004 pelo MS, teve como objetivo reorientar a atenção em saúde bucal oferecida pelo SUS através da articulação dos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo integralidade do cuidado e ampliação do acesso com a expansão e criação de novos serviços oferecidos a população brasileira. O documento que tratou das diretrizes políticas desse programa foi resultado de um amplo processo de discussão envolvendo coordenadores estaduais de saúde bucal e de propostas advindas de conferências, encontros de odontologia e de saúde coletiva (Brasil, 2018).

Com a PNSB, houve ampliação do acesso à saúde bucal no SUS, através da reorganização das ações e serviços ofertados, principalmente com ampliação e qualificação das ESB na APS e implantação dos CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Essas medidas foram tomadas com o objetivo de garantir ações integrais de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal e acesso à todas as faixas etárias. As ESB buscam contribuir para os atributos essenciais da APS como o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado (Brasil, 2022).

Portanto, APS é responsável pelas ações de controle dos fatores de risco, busca ativa de pacientes em situação de risco, detecção precoce e encaminhamento para a atenção secundária quando necessário. Caso o CD neste nível de atenção esteja capacitado, poderá realizar biópsia para fins de diagnósticos (Brasil, 2022).

Com relação à Atenção Secundária, a PNSB de 2004 e a Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 afirmam que o CEO deve realizar o diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do CA bucal (Brasil, 2022).

Além disso, o MS lançou, em 2008, o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (MESB), no item “Responsabilidades por nível de Atenção” que traz que a Média Complexidade é responsável por

diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia terapêutica cirúrgica (nível ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento do paciente oncológico que será submetido a radioterapia ou quimioterapia. Os profissionais responsáveis pela especialidade deverão informar aos Sistemas de Informação do SUS, através de registros específicos, de acordo com os respectivos códigos presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentosos (SIGTAP), Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, evitando erros que podem comprometer o monitoramento, o planejamento e aplicação de recursos de forma inadequada (Brasil, 2008, p. 78).

Mais recentemente, a Lei nº 14.572 de 08 de maio de 2023 instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) alterando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS, compreendendo-se por saúde bucal o conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, que deve ser oferecida em todos os níveis de atenção para toda a população (Brasil, 2023a).

4.2 Atenção Primária à Saúde (APS)

De acordo com o MS, a APS como primeiro nível de atenção deve atuar como porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado, realizando ações de promoção, prevenção, tratamento, diagnóstico, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, vigilância em saúde dirigida a população em território definido, sendo capaz de ter uma resolubilidade de 80% (Brasil, 2017a).

No âmbito normativo, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) definem que os serviços da atenção básica são responsáveis pela detecção das lesões suspeitas de câncer bucal e pelo encaminhamento para confirmação diagnóstica (Brasil, 2004, 2013).

4.2.1 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na APS

As ESB que atuam na APS devem atuar fortalecendo o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, estabelecendo relação de vínculo e compreendendo o contexto socioeconômico e cultural no qual o cidadão está inserido. Devem ofertar ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde baseado nos principais agravos que acometem a população local sob sua responsabilidade, de forma individual e coletiva (Brasil, 2018).

Na APS, as ESB devem estar organizadas para promover um cuidado adequado às necessidades da população, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde bucal, evitando encaminhamentos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, também devem alimentar corretamente os sistemas de informação, utilizando diferentes instrumentos para análise da situação de saúde e planejamento local, trabalhando de forma interdisciplinar e em equipe, com a participação da comunidade, e avaliação contínua das ações implementadas (Brasil, 2018).

As ESB devem participar do acolhimento e classificação de risco, avaliando vulnerabilidades e necessidades de intervenção, com atendimento humanizado. A equipe deve participar de ações de educação permanente para ser cada vez mais resolutiva, mantendo a coordenação do cuidado. A principal atuação da ESB se dá nas ações educativas, orientações sobre o autocuidado, prevenção de agravos e assistência odontológica (Brasil, 2018).

O Cirurgião-dentista na APS tem como atribuições realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em Saúde Bucal no território, realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da APS em Saúde Bucal, coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe (Brasil, 2022).

É de fundamental importância que os CD participem de programas de controle do tabagismo e outros que contribuam para diminuição da exposição aos fatores de risco (Atty; Ribeiro; Migowski, 2020).

O CD deve realizar o diagnóstico precoce para um prognóstico mais favorável da doença e para isso é necessário que realize uma boa anamnese e um exame clínico completo, não só na primeira consulta, mas em todos os momentos oportunos e que esteja capacitado para identificar

as lesões potencialmente malignas e malignas da cavidade oral (Atty; Ribeiro; Migowski, 2020).

No caso de pessoas diagnosticadas com CA de boca, é fundamental realizar um preparo prévio ao tratamento oncológico buscando eliminar focos de infecção na cavidade oral para prevenção de complicações orais, juntamente com o acompanhamento desse indivíduo que podem eventualmente necessitar de tratamento caso elas ocorram. Casos complexos ou de osteonecrose devem ser referenciados para CEO ou para a atenção terciária (Brasil, 2018).

4.3 Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Em busca da atenção integral, conforme os princípios que regem o SUS, a rede de serviços de atenção à saúde bucal vem buscando se organizar para ofertar os serviços de acordo com as demandas e necessidades do usuário de forma integrada entre os níveis assistenciais. Desta forma a AEA busca oferecer serviços cujo nível de complexidade demanda recursos tecnológico de apoio diagnóstico e terapêutico e disponibilidade de especialidades (Brasil, 2018).

Desta forma, os CEOs, criados em 2004, são estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), classificados como clínica especializada; e correspondem ao segundo nível de atenção dentro da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), demandando a disponibilidade de especialidade e recursos tecnológicos. Estes estabelecimentos de saúde devem oferecer, no mínimo, de forma gratuita e universal, as seguintes especialidades odontológicas: Diagnóstico Bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do CA bucal; Periodontia especializada; Cirurgia Oral Menor dos tecidos moles e duros; Endodontia e Atendimento a pacientes com necessidades especiais. O CEO se caracteriza, portanto, em um ponto da rede que deve promover a continuidade do cuidado, utilizando sistemas de referência e contrarreferência, onde o encaminhamento é feito pela ESB da APS (Brasil, 2018).

A implantação de um CEO se dá através da apresentação de uma proposta pelo gestor municipal/estadual primeiramente ao Conselho Municipal/Estadual de Saúde, que quando aprovada é encaminhada para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo estado.

Podem ser de 3 tipos: Tipo 1 (com 03 cadeiras odontológicas); Tipo 2 (de 04 a 06 cadeiras odontológicas); ou Tipo 3 (acima de 07 cadeiras odontológicas) (Brasil, 2018).

De acordo com a Portaria nº 599 de 23 de março de 2006, o gestor poderá credenciar como CEO quantos estabelecimentos forem necessários para o atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitado à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde ou utilizando recurso próprio.

Após a avaliação do MS via solicitação pela CIB, a formalização ocorrerá por meio de portaria específica. O número de equipos odontológicos e a meta mínima de produção mensal para cada tipo de CEO está definido na Portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011. Cada CEO credenciado recebe recursos do MS, estados e municípios conforme Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2022).

O valor de incentivo para implantação e custeio é repassado pelo MS e depende do tipo de CEO. O incentivo de implantação é destinado para a construção, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos: Tipo I (R\$ 60 mil); tipo II (R\$ 75 mil) e tipo III (R\$ 120 mil); O incentivo de custeio ocorre mensalmente também de acordo com o tipo de CEO: Tipo I (R\$ 8.250 mil), Tipo II (R\$ 11.000 mil), Tipo III (R\$ 19.250 mil) (Brasil, 2022).

Como requisito mínimo para implantação do CEO, o município deve ter uma rede de Atenção Primária à Saúde organizada e manter a produção mínima mensal exigida no Anexo XL, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Dessa forma, os municípios devem conhecer a organização da rede de atenção em saúde bucal e a demanda de cada especialidade e optar pela tipologia mais adequada que garanta recursos necessários e oferta adequada de procedimentos especializados para a população em seu território, e no caso de um CEO regional, a decisão deve se dar no âmbito da Comissão Intergestora Regional (CIR) ou Tripartite (CIT) baseado nessa demanda (Brasil, 2022).

A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos CEO poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal (Brasil, 2022).

Para organização do processo de trabalho do CEO é importante que o gestor local monitore a fila de espera de encaminhamentos, o tempo médio de espera para o início do atendimento no CEO, o número de usuários que não comparecem a consulta, os indicadores de saúde bucal, as pactuações interfederativas, os sistemas de informação e outras ferramentas que auxiliem no planejamento e no estabelecimento de estratégias de oferta de ações e serviços

especializados que atenda as demandas locais e que garanta equipamentos, insumos e materiais para a qualidade desses serviços (Brasil, 2018)

4.3.1 Ações/atribuições dos profissionais do CEO

De forma semelhante aos CDs e demais membros da ESB que atuam na APS, as atribuições dos profissionais que atuam no CEO envolve o desenvolvimento de competências clínicas e de gestão que promovam a continuidade do cuidado. As equipes dos CEOs devem realizar acolhimento, manter o prontuário atualizado e organizado, utilizar os protocolos pactuados na rede com organização da agenda, fazer reuniões de equipe para discutir planejamento, processo de trabalho, discussão de casos e outras questões que forem pertinentes, incentivando a participação da comunidade no processo de planejamento e na organização da RASB. Estes profissionais também devem participar de ações de educação permanente para desenvolvimento técnico e profissional que atenda às necessidades epidemiológicas da população, desenvolvendo atividades educativas e de orientação, bem como ações de recuperação e reabilitação da saúde (Brasil, 2006).

Os CDs que atuam no CEO devem possuir habilidade, conhecimento e competência na especialidade em que atuam, sem que sejam necessariamente especialistas. Esses poderão realizar matricialmente a interconsulta, de forma a potencializar o planejamento e a intervenção terapêutica promovendo a continuidade do cuidado (Brasil, 2006).

4.4 **Alta complexidade**

Após a confirmação diagnóstica de câncer bucal, o usuário é encaminhado a uma unidade especializada hospitalar para o tratamento, de preferência em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com radioterapia ou em Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) - (Brasil, 2019b). Esse processo deve ser pactuado em planos regionais, com definição do mecanismo de regulação, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade (Brasil, 2017a).

4.5 Nós críticos encontrados na linha de cuidado ao câncer de boca

4.5.1 Atraso no diagnóstico e início do tratamento

Para Freire, Zanin e Flório (2023), a ausência de campanhas de prevenção para fatores de risco, agravada pela formação deficiente dos profissionais e pela ausência de triagem como conduta assistencial, são fatores relacionados ao diagnóstico tardio do CA de boca. Além desses, a demora em buscar atendimento normalmente relacionada à evolução inicial assintomática da doença, influencia diretamente na sua progressão e no aumento na morbidade e mortalidade.

Lima e O'Dwyer (2023) realizaram um estudo de caso da região de saúde metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro a fim de identificar os fatores facilitadores e coercitivos da organização da rede de atenção à saúde, e observaram dentre os fatores que dificultam e restringem o diagnóstico e o tratamento do CA de boca está a baixa cobertura de saúde bucal na atenção básica, a ausência de metas específicas para o diagnóstico bucal, a falta de especialistas e concentração dos serviços da atenção especializada na capital, a regulação considerada demorada e com falta de vagas para o tratamento e a ausência de financiamento para os laboratórios de patologia e insuficiência de patologistas orais. Como fatores facilitadores, identificou-se a presença da rede secundária em todos os municípios da região e a atuação das faculdades de odontologia no diagnóstico como rede informal, mas sem financiamento.

A identificação de fatores de risco juntamente com o exame clínico e físico adequados favorece a identificação de lesões pré-malignas e malignas em estágio inicial. Infelizmente, no Brasil o diagnóstico precoce do CA de boca corresponde a menos de 10% dos diagnósticos (Volkweis *et al.*, 2014).

A descoberta antecipada do CA é um fator decisivo para seu prognóstico, que irá depender de qual é a área da cavidade oral que foi acometida e qual o estadiamento do sistema TNM. Em comparação com lesões avançadas, as lesões anteriores e as lesões iniciais têm um melhor prognóstico (Guedes; Santana; Leles, 2021).

Portanto, o atraso no diagnóstico é um fator que interfere no prognóstico dos casos de câncer, sendo assim, foi publicada no Brasil em 2019 a Lei nº 13.896/2019 que estabelece o

prazo máximo de 30 dias para a realização dos exames de diagnóstico dos casos suspeitos de neoplasia maligna (Brasil, 2019a).

Do Amaral *et al.* (2022) realizaram um estudo com dados secundários do DATASUS (taxa de mortalidade e tempo para tratamento) e do Vigitel (consumo de álcool e cigarro), bem como análises de séries temporais e correlações entre taxas de mortalidade (2010-2019) e consumo de álcool e cigarro (2010-2019) para idade superior a 40 anos, a fim de verificar a tendência de mortalidade por CA bucal por Região brasileira e fatores de risco, avaliando o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento. Os autores constataram um aumento da tendência de CA bucal por Regiões e sexo, com predominância para o sexo masculino, embora os fatores de risco para o CA bucal, como ingestão de álcool e tabagismo, tenham permanecido estacionários na maioria das regiões. Verificou-se que, na maioria dos casos (74%), o tempo para início do tratamento é de mais de 60 dias.

Um outro estudo, realizado por França *et al.* (2021), para investigar se o tempo máximo de demora (60 dias) para o início do tratamento de pacientes com câncer de boca a partir do diagnóstico, como previsto na Lei Federal nº 12.732/2012, foi de fato alcançado no Brasil durante o período de 2013-2019, demonstrou que 61,5% dos tratamentos iniciaram-se em até 60 dias, com maiores proporções nas regiões Sul (71,3%), Sudeste (60,1%) e Centro-oeste (59,1%) e concluíram que as desigualdades regionais indicam a necessidade de continuar monitorando o tempo de demora para o início do tratamento do câncer no país e intensificar esforços para garantir o cuidado integral em saúde.

4.5.2 Avaliação da Atenção Especializada/CEO

Em uma busca preliminar na literatura para elaboração deste trabalho, foram encontrados exemplos de estudos de avaliação do papel e desempenho dos CEOs.

Chequer e Santos (2021) analisaram a organização dos CEO em uma região de saúde na Bahia. O estudo demonstrou que a maior parte da população estava descoberta de serviços públicos especializados para saúde bucal, tanto à nível municipal como regional, havendo dificuldades de cooperação intermunicipal na região para ações compartilhadas em saúde bucal, assim como por parte do governo estadual na implantação de CEOs regionais, concluindo que existia uma fragmentação da assistência, sem garantias na continuidade do cuidado em saúde bucal.

Sidou, De Paula e De Sousa Almeida (2021) iniciaram uma proposta de educação permanente nos CEOs de Fortaleza, desenvolvida pelos próprios profissionais da atenção secundária, através da análise das problematizações inerentes a este campo de atuação. A partir deste estudo, foi observada a necessidade de se instituir a educação permanente como política na atenção secundária de saúde bucal, utilizando metodologias ativas para identificação dos problemas, constituída por equipe multidisciplinar, a fim de ofertar integralidade da atenção aos usuários.

Costa, Carneiro e Oliveira (2018) realizaram um estudo analítico descritivo transversal, a fim de avaliar a satisfação dos usuários assistidos em CEOs do Ceará. Foram entrevistados 518 usuários, concluindo-se que o nível de satisfação dos usuários participantes foi positivo, sendo o acesso um problema impactante no sistema, devendo ser repensado no intuito de diminuir as eventuais insatisfações dos usuários.

Quanto aos fatores possivelmente relacionados ao desempenho destes centros, Machado, Silva e Ferreira (2015) citam formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho congruentes à construção das redes de atenção à saúde, como por exemplo, a implantação de centros de regulação e formação de consórcios de saúde; assim como as características contextuais dos locais onde os centros estão situados, como porte populacional, cobertura de estratégia saúde da família, índice de desenvolvimento humano, governabilidade e capacidade de governo. Uma outra questão a ser abordada no que diz respeito à garantia de qualidade dos serviços prestados é a solicitação de vagas para tratamento pelos profissionais e o tempo de espera entre essa solicitação e o agendamento do tratamento.

Casotti e De Carvalho (2022) descreveram o perfil das solicitações de vaga para tratamento do câncer de boca e o tempo entre a solicitação e o agendamento, utilizando dados do sistema estadual de regulação do Estado do Rio de Janeiro, entre setembro de 2015 e junho de 2018. Como resultados, os autores observaram que 19% dos agravos em que foram solicitadas as vagas após biópsia, correspondiam às neoplasias malignas de outras partes e partes não especificadas da língua e o tempo médio de espera foi de 19 dias com um desvio padrão de 16,6 dias, concluindo assim que o perfil dos pacientes corrobora o encontrado na literatura e o tempo de espera para o atendimento é considerado aceitável.

Leal, Emmi e Araújo (2021) analisaram a assistência especializada em saúde bucal nos CEOs em todo Brasil, com ênfase em Estomatologia, tendo em vista o aumento de novos casos de CA de boca no país. O estudo utilizou através dados secundários do 1º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos CEOs (PMAQ-CEO), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS e os resultados mostram

que somente 13,98% dos municípios brasileiros são cobertos por CEO, sendo a Estomatologia uma das especialidades mais deficientes, presente em somente 65,55% dos CEOs participantes do PMAQ-CEO. A realização da biópsia ocorre em 82,3% dos CEOs, porém, em 60% dos serviços o resultado do exame ainda é demorado e o suprimento de recursos materiais é insuficiente.

Estudo utilizando dados obtidos pelo PMAQ-CEO - 1º ciclo, no ano de 2014, demonstrou a baixa disponibilidade dos serviços odontológicos especializados oferecidos à população, com um número médio de 3,5 profissionais nas especialidades mínimas para cada 100.000 habitantes no Brasil, o que representa aproximadamente uma carga horária de 70 horas para cada 100.000 habitantes. Na região sudeste do país este número foi de 3,4 profissionais para cada 100.000 habitantes e carga horária de 63 horas para cada 100.000 habitantes (Figueiredo; De Góes; Martelli, 2016).

Este estudo também demonstrou que em relação as especialidades mínimas, os CDs não se distribuem uniformemente, sendo que a especialidade de Estomatologia é a que possui menos profissionais, o que pode representar barreira ao acesso a essa especialidade específica em determinadas localidades. Além disso a falta de material de consumo e ausência de manutenção preventiva ou corretiva de equipamentos dificultavam o atendimento clínico (Figueiredo; De Góes; Martelli, 2016).

Fortuna (2011) relaciona o melhor desempenho dos CEOs em municípios de maior porte e sede de microrregião, encontrados em alguns estudos, ao fato de terem sido planejados e pactuados como locais de referência, e que para uma melhor interface APS/Atenção secundária, maiores coberturas de ESF potencializariam o acesso aos CEOs. Já alguns estudos, como o de Figueiredo e Góes (2009) e Góes *et al.* (2012), demonstram que municípios com cobertura populacional pela ESF maior que 50% obtiveram pior desempenho dos CEO.

O próprio MS avalia que, dentre os fatores que determinam a deficiência desse sistema, estão: a falta de estudos epidemiológicos que evidencie as necessidades de saúde da região onde será implantado o CEO; a precarização do trabalho levando a uma assistência de má qualidade; falta de protocolos clínicos por especialidade; falta de parâmetros do número de pacientes atendidos por especialidade; falta de protocolos de referência e contrarreferência; o absenteísmo que pode ocorrer por diversas causas incluindo as barreiras geográficas, horário que inviabilize o paciente de ir a consulta, falta de recursos financeiros para deslocamento e dificuldade de transporte (Brasil, 2018).

5 SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E O PAPEL DOS CEOS

5.1 Caracterização demográfica do Estado do Rio de Janeiro

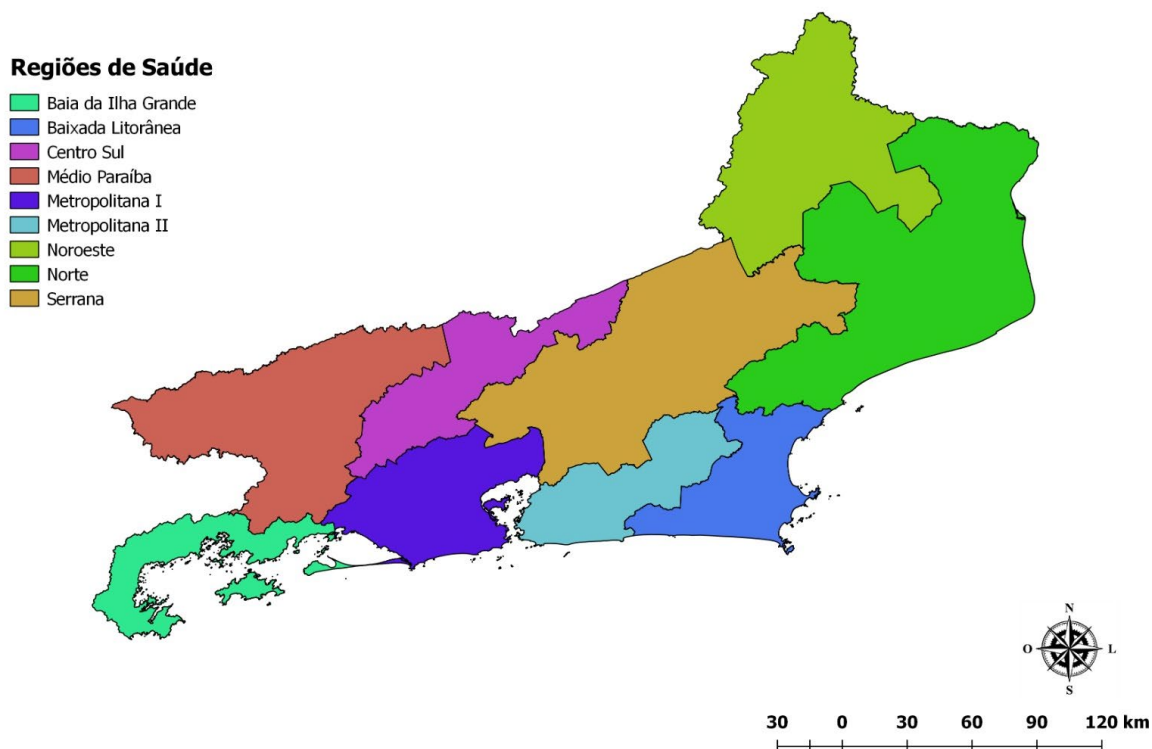
O Estado do Rio de Janeiro (ERJ), localizado na região sudeste do Brasil possui uma área territorial de 43.750,425km² com uma população estimada para 2019 de 17.264.943 pessoas (Saúde RJ, 2023b).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.762, sendo o quarto maior do país. A grande maioria dos municípios do ERJ tem menos de 50 mil habitantes (69% do total) sendo que 26 deles (28%) têm menos de 20 mil pessoas (IBGE, 2022).

O ERJ é dividido em 92 municípios, distribuídos em nove Regiões de Saúde (RS), que foram definidas no primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado em 2001. São eles: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana, conforme mostra a Figura 3 e Quadro 2 (Rio de Janeiro, 2017).

Além de não contarem com órgãos de gestão próprios, as regiões de saúde do SUS formadas a partir de 2001 apresentam escalas populacionais muito variadas no Estado do Rio de Janeiro. O número de municípios que compõe cada região também é variável com desigualdades entre eles no tamanho de suas populações, condição socioeconômica e disponibilidade de serviços de saúde (Figura 3 e Quadro 2, a seguir).

Figura 3 - Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023b).

Quadro 2 - Divisão das regiões de saúde por município no Estado do Rio de Janeiro

Regiões de saúde	Municípios
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis, Paraty, Mangaratiba.
Baixada Litorânea	Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema
Centro-Sul	Areal, Comendador Levy Gasparian, Eng.º Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras, Paracambi
Médio Paraíba	Barra do Pirai, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda,
Metropolitana I	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica,
Metropolitana II	Itaboraí, Maricá, Niterói, São Gonçalo, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim.
Noroeste	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Stº Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre e Sai.
Norte	Campos de Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra.
Serrana	Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Stª Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023b).

De acordo com a população estimada para 2019, a região Metropolitana I é a que concentra a maior parte da população com 10.497.016 habitantes e a região da Baía de Ilha Grande é a que concentra a menor parte da população com 291.418 habitantes, conforme mostra o Quadro 3 com a população estimada por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro para 2019.

Quadro 3 - População estimada por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e para o Rio de Janeiro (capital) para 2019

Região de Saúde	Total
Rio de Janeiro (capital)	6.718.903
Baía da Ilha Grande	291.418
Baixada Litorânea	389.958
Centro-Sul	340.526
Médio-Paraíba	913.698
Metropolitana I *	3.778.113
Metropolitana II	2.116.506
Noroeste	348.191
Norte	945.425
Serrana	927.205
Total da Região Sudeste	17.264.943

Nota: *excluído o Rio de Janeiro (capital)

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2020).

5.2 Cobertura da APS e da Saúde Bucal na APS por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019

O Quadro 4, a seguir, mostra a cobertura populacional da APS, dada pelo percentual da população cadastrada nas Equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária em relação à estimativa populacional e a cobertura populacional estimada pela saúde bucal na APS, dada pelo percentual da população coberta por equipes de Saúde Bucal vinculadas às ESF e por ESB equivalentes e parametrizadas na AP tradicional, em relação à estimativa populacional em 2017, 2018 e 2019 nas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Quadro 4 - Cobertura populacional da saúde bucal na APS e cobertura populacional da APS em porcentagem por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019

Região de Saúde	2017		2018		2019	
	ESB	APS	ESB	APS	ESB	APS
Baía da Ilha Grande	63,8	96,4	54,0	96,3	49,1	87,1
Baixada Litorânea	50,2	67,9	52,2	63,6	50,6	63,8
Centro-Sul	94,9	97,8	93,6	95,9	92,9	96,5
Médio-Paraíba	75,3	87,2	74,7	88,1	74,2	89,2
Metropolitana I	26,9	63,9	24,3	61,2	22,1	52,3
Metropolitana II	32,0	81,7	30,0	80,3	29,7	77,3
Noroeste	86,4	91,3	86,6	93,9	78,1	78,9
Norte	9,2	55,1	58,1	59,9	47,4	59,8
Serrana	39,8	63,7	38,9	67,5	39,8	63,4
Total	36,8	68,8	34,8	67,3	32,5	60,9

Legenda: Atenção Primária à Saúde (APS); Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Nota: Cobertura de Saúde Bucal na APS; Cobertura da APS.

Situação da base nacional em 04/04/2022, com dados até dezembro de 2023.

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2021a, 2021b).

A tabela completa de cobertura da APS e de Saúde Bucal na APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 encontra-se nos Quadros 25 do APÊNDICE A e 26 do APÊNDICE B.

Os dados coletados mostram que houve uma retração da cobertura da APS e da saúde bucal na APS de 2017 a 2019 no Estado do Rio de Janeiro.

A cobertura da APS em 2019 era de 60,9% no Estado do Rio de Janeiro e a cobertura de saúde bucal de apenas 32% em 2019, com cobertura inferior a 50% em 5 das 9 regiões de saúde do estado

Podemos observar que a cobertura de saúde bucal na AP acompanhou essa redução da cobertura da APS no Estado do Rio de Janeiro. Na região Metropolitana I essa cobertura é a menor do estado, atingindo, em 2019 22,1%, sendo o máximo em Seropédica (63,81%) e mínimo em Belford Roxo (6,90%). Em seguida está a região Metropolitana II com 29,7%, sendo o máximo em Silva Jardim com 100 % e mínimo em Itaboraí com 14,3%. A Serrana com 39,8%, sendo o máximo em São José do Vale do Rio Preto, Santa Maria Madalena e Trajano de Moraes com 100% e mínimo em Carmo onde não há cobertura. A Norte com 47,4%, sendo o máximo em São Francisco de Itabapoana e São João da Barra com 100% e mínimo em Macaé com 31,2%. A Baía de Ilha Grande com 49,1%, sendo o máximo em Mangaratiba com 94,4%

e mínimo em Angra dos Reis com 42,7%. A Baixada Litorânea com 50,6%, sendo o máximo em Armação dos Búzios com 100% e mínimo em Araruama com 31,5%.

As maiores coberturas encontram-se nas regiões de Médio Paraíba com 74,2 % em 2019, sendo o máximo em Pinheiral, Piraí, Porto Real e Rio das Flores com 100% e mínimo em Barra do Piraí com 50%; região Noroeste com 78,1%, sendo o máximo em Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Natividade, Porciúncula, São José de Ubá, Varre-Sai com 100% e mínimo em Santo Antônio de Pádua com 16,3% e região Centro-Sul com 92,9%, sendo o máximo em Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, e Vassouras com 100% e mínimo em Paracambi com 68,6%.

Quando comparamos 2017 com 2019, percebemos que houve uma retração da cobertura em 7 das 9 regiões de saúde do estado. A região Serrana manteve a cobertura e a Baixada Litorânea teve um aumento pouco significativo. Há uma grande variação dessa cobertura entre as regiões e entre os municípios.

As Redes de Atenção em Saúde Bucal (RASB) tem sido tema em encontro com coordenações estaduais onde a cobertura de saúde bucal é um dos assuntos mais discutidos sendo considerando um desafio a ser enfrentado para melhoria do serviço (Brasil, 2023e).

Embora o número de equipes de saúde bucal (ESB) tenha passado de 4.261 para 17.349, no período de 2002 a 2008, refletindo um potencial de cobertura de mais de 91 milhões de habitantes, esse valor equivalia apenas a pouco mais da metade das Equipes de Saúde da Família (Frazão; Narvai, 2009).

De acordo com o estudo de Pucca Junior *et al.* (2020), a cobertura de ESB no Brasil passou de 9% em 2002 para 43% em 2016 e a região sudeste apesar de apresentar a menor cobertura populacional de ESB foi a região que apresentou o maior aumento passando de 3% para 28% no mesmo período. Os autores ressaltam que no período analisado uma rede de saúde bucal foi consolidada mas que é preciso que se obtenha uma cobertura adequada tanto da APS quanto da atenção especializada que permita maior integralidade do cuidado.

Figueiredo e Góes (2009) e Góes *et al.* (2012) demonstram que municípios com cobertura populacional pela ESF maior que 50% obtiveram pior desempenho dos CEO, atribuindo isso ao porte populacional dos municípios onde em geral nos menores municípios há uma maior cobertura de Saúde Bucal (SB) na APS mas os CEO não são referência e acabam por não cumprir as metas.

Ao analisar a integralidade da assistência na saúde bucal em CEOs, Chaves *et al.* (2010) identificaram que em cidades com uma cobertura de SB maior que 50% na ESF os usuários tinham mais chances de continuidade do cuidado. Além disso, usuários com maior facilidade

de acesso geográfico e que adivinham da atenção primária também tiveram maior chance de terminar o tratamento odontológico.

Assim, a implantação de CEO em municípios com baixa cobertura de SB na APS poderia comprometer a integralidade do cuidado pois o seu funcionamento acaba sendo alterado ao se tornar porta de entrada a livre demanda, realizando procedimentos que competem a atenção primária. Dessa forma, a implantação de CEO seria recomendada em municípios onde a APS esteja bem estruturada (Chaves *et al.*, 2010).

De acordo com o estudo de caso da região Metropolitana I, Lima e O'Dwyer (2023), a baixa cobertura de SB na APS acabava por priorizar atendimentos de urgência e a grupos prioritários dificultando o acesso ao diagnóstico do CA de boca neste nível de atenção.

Ao avaliar o acesso em saúde bucal utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2014 e 2018, mostraram que a maior chance de não acesso, definido quando o usuário não consegue marcar a consulta com o CD, ocorreu em municípios mais desiguais e com menor cobertura de saúde bucal. Além disso, o um tempo maior de deslocamento para a unidade de saúde pelo usuário também aumentou as chances de não ter acesso aos serviços (Freire *et al.*, 2021).

Numa análise sobre os efeitos da crise econômica e da austeridade sobre o financiamento de saúde bucal no período de 2003 a 2018, observa-se que de 2011 a 2018 o repasse federal se manteve estável e que a cobertura populacional de saúde bucal na APS teve uma redução na tendência de crescimento em 2016 e houve queda na oferta de procedimentos odontológicos tanto na atenção básica quanto na especializada de 2011 a 2018, mostrando portanto o impacto negativo das crises financeiras na saúde das populações (Rossi *et al.*, 2019).

5.3 Rede de atenção odontológica de média complexidade do SUS no Estado do Rio de Janeiro

O Quadro 5, a seguir, apresenta a quantidade de municípios que possuem CEO por região de saúde, número de habitantes/CEO em 2019 e quantidade de CEOs habilitados (tipo I, II e III), por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Quadro 5 - Quantidade de municípios com CEO sobre o total de municípios da região de saúde, número de habitantes/CEO em 2019 e quantidade de CEOs habilitados (tipo I, II e III) por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) nos anos de 2017, 2018 e 2019

Região de Saúde	Municípios com CEO/Total de municípios	Habitação/CEO	Quantidade de CEOs		
			2017	2018	2019
Rio de Janeiro (capital)	1/1	373.272	18	18	18
Baía da Ilha Grande	3/3	97.139	2	3	3
Baixada Litorânea	7/9	55.708	5	7	7
Centro-Sul	5/11	68.105	5	5	5
Médio paraíba	11/12	60.913	15	15	15
Metropolitana I *	11/11	236.132	16	16	16
Metropolitana II	3/7	705.502	3	3	3
Noroeste	7/13	49.741	5	7	7
Norte	2/9	472.712	1	2	2
Serrana	5/16	154.534	5	5	6
Total	55/92	210.548	75	81	82

Legenda: Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Nota: *excluído o Rio de Janeiro (capital)

Fonte: adaptado de Brasil (2023b).

Como podemos observar ainda sobre a RASB, com relação à atenção especializada ambulatorial no estado do Rio de Janeiro, houve um aumento na quantidade de CEOs no período analisado. Havia 75 CEOs em 2017 e em 2019 havia 82 CEOs, distribuídos em 55 municípios, sendo 02 na região Norte, 07 na região Noroeste, 11 na região do Médio Paraíba, 05 na região Centro Sul, 05 na região Serrana, 03 na região Metropolitana II, 07 na Baixada Litorânea e em todos os municípios das regiões da Metropolitana I (12) e da Baía da Ilha Grande (3), todos habilitados e devendo oferecer obrigatoriamente diagnóstico do CA de boca através do exame clínico e biópsia de tecidos moles da boca. A tabela completa com número de CEOs por região de saúde/município encontra-se no Quadro 27 do APÊNDICE C.

De acordo com o CNES, não havia nenhum CEO regional no estado do Rio de Janeiro o período analisado.

Do ponto de vista da oferta potencial foi observado uma melhor relação habitantes/CEO nas regiões: Noroeste, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Centro Sul e Baía da Ilha Grande, onde a relação ficou abaixo de 100.000 habitantes/CEO, enquanto que nas outras regiões fica acima desse valor, chegando a 705.502 habitantes/CEO na região Metropolitana II.

5.4 Unidades de Referência em Alta Complexidade para o tratamento do CA de boca no Estado do Rio de Janeiro

O Quadro 6 apresenta as unidades de assistência para o tratamento do CA de boca por regiões de saúde/Município de referência e especialidades ofertadas do Estado do Rio de Janeiro de acordo com o Plano Estadual de Saúde: 2016-2019 (Saúde RJ, 2016).

Quadro 6 – Referências em alta complexidade para tratamento do CA de boca por regiões de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro

Região de saúde/Município	Quimioterapia	Radioterapia	Cirurgia Cabeça e Pescoço
Baía da Ilha Grande	Volta Redonda	Volta Redonda	Volta Redonda
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Campos dos Goytacazes	Macaé
Centro-Sul	Petrópolis e Vassouras	Petrópolis e Volta Redonda	Rio de Janeiro
Médio Paraíba	Volta Redonda	Volta Redonda	Volta Redonda
Metropolitana I	Rio de Janeiro e Nova Iguaçu	Rio de Janeiro e Nova Iguaçu	Rio de Janeiro
Metropolitana II	Rio Bonito e Niterói	Niterói e Campos dos Goytacazes	Macaé
Noroeste	Itaperuna	Itaperuna	Rio de Janeiro
Norte	Itaperuna e Campos dos Goytacazes	Itaperuna e Campos dos Goytacazes	Macaé e Campos dos Goytacazes
Serrana	Petrópolis e Teresópolis	Petrópolis	Rio de Janeiro

Legenda: Câncer (CA).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2016).

A Rede de Alta Complexidade em Oncologia no Estado do Rio de Janeiro é composta por 28 UNACONS/CACONS, dois serviços de radioterapia isolados e cinco hospitais gerais com cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios, localizados em 8 das 9 regiões de saúde do estado (Saúde RJ, 2020).

De acordo com o plano estadual de Saúde 2020-2023, nenhuma região de saúde possui suficiência na oferta de serviços de alta complexidade em oncologia. Dessa forma, cada região possui necessidades, de acordo com suas especificidades locais, que serão complementadas por outras regiões de acordo com a organização em Rede baseado em oportunidades de ofertas de serviço, que está pactuada por meio da Deliberação CIB-RJ nº 2.883 de 12 de maio de 2014, que estabelece as referências de todos os municípios (Saúde RJ, 2020).

5.5 CA de boca no Estado do Rio de Janeiro

O Quadro 7 apresenta o número de casos absolutos e número de óbitos de CA de boca por região de saúde/residência no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019.

Quadro 7 - Número de casos e óbitos de câncer de boca em números absolutos por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) nos anos de 2017, 2018 e 2019

Região de Saúde	2017		2018		2019		Total	
	casos	óbitos	casos	óbitos	casos	óbitos	casos	óbitos
Rio de Janeiro (capital)	111	118	137	148	236	127	484	393
Baia da Ilha Grande	2	5	4	3	10	5	16	13
Baixada Litorânea	7	18	15	17	18	16	40	51
Centro-Sul	5	9	7	3	27	11	39	23
Médio Paraíba	38	15	41	19	80	19	159	53
Metropolitana I *	43	38	59	48	103	65	205	151
Metropolitana II	23	33	35	45	61	36	119	114
Noroeste	14	17	24	5	15	7	53	29
Norte	31	19	21	16	38	17	90	52
Serrana	35	16	25	28	42	26	102	70
Total	309	288	368	332	630	329	1.307	949

Nota: *excluído Rio de Janeiro (capital).

Fonte: adaptado de Brasil (2023c, 2023d).

O número de casos de câncer de boca no período analisado foi de 1.307 e o número de óbitos foi de 949.

O estudo de Atty *et al.* (2021), a partir de uma análise temporal e espacial do câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro de 1999 a 2018, aponta que a tendência da taxa de mortalidade foi decrescente tanto no estado quanto nas regiões Baixada Litorânea e Metropolitana I, antes de 2006 (ano que estabeleceu critérios para implementação do CEO). Após 2006, a tendência foi estacionária tanto no estado quanto na região Metropolitana I, e crescente na Baixada Litorânea.

O Quadro 8, a seguir, apresenta o número de casos por modalidade terapêutica para câncer de boca (C00 a C06) por região de saúde-residência no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Quadro 8 - Casos por modalidade terapêutica segundo região de saúde-residência por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos 2017, 2018 e 2019

Região de Saúde/residência	Modalidade Terapêutica									Total
	Cirurgia			Quimioterapia			Radioterapia			
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	
Baia da Ilha Grande	-	-	2	-	2	-	2	2	2	11
Baixada Litorânea	-	-	2	2	1	-	4	14	11	34
Centro-Sul	-	1	5	-	1	12	5	3	5	32
Médio Paraíba	2	11	16	15	8	12	21	13	17	115
Metropolitana I	9	30	60	51	32	46	92	128	80	528
Metropolitana II	4	2	12	6	9	5	13	24	12	87
Noroeste	1	10	5	3	5	4	9	7	4	48
Norte	2	-	3	12	10	10	17	11	12	77
Serrana	1	5	8	12	8	5	19	9	15	82
Total	19	59	113	101	76	95	182	211	158	1014

Fonte: adaptado de Brasil (2023d).

O Quadro 9 apresenta o número de casos por modalidade terapêutica para câncer de boca (C00 a C06) por região de saúde-tratamento no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Quadro 9 - Casos por modalidade terapêutica segundo região de saúde-tratamento por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos 2017, 2018 e 2019

Região de Saúde/tratamento	Modalidade terapêutica									Total
	Cirurgia			Quimioterapia			Radioterapia			
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	
Baixada Litorânea	-	-	-	-	-	-	-	11	7	18
Centro-Sul	-	1	4	-	1	11	-	-	-	17
Médio Paraíba	1	9	18	13	10	11	24	19	22	127
Metropolitana I	14	36	75	63	43	55	112	150	99	647
Metropolitana II	1	-	2	-	-	-	6	7	4	21
Noroeste	1	10	5	3	5	4	9	7	4	48
Norte	2	-	4	12	10	10	16	11	16	81
Serrana	-	3	5	10	7	4	15	6	15	65
Total	19	59	113	101	76	95	182	211	158	1014

Fonte: adaptado de Brasil (2023d).

O tratamento cirúrgico é considerado o principal tratamento no CA de boca, porém outros procedimentos de alta complexidade podem ser necessários e é preciso avaliar se há suficiência e distribuição adequada dos mesmos para integralidade do cuidado.

Das 192 cirurgias realizadas no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019, a região Metropolitana I foi responsável por realizar a maior parte das cirurgias, 125 (65,1%).

Apesar de existirem centros de referência para o tratamento do câncer de boca que incluem o cirurgião-dentista, alguns estudos mostram que 90,32% dos pacientes não receberam tratamentos odontológicos prévios à radioterapia, 83,88% não receberam informações sobre possíveis complicações bucais da radioterapia e 77,41% não receberam orientações sobre os cuidados com sua saúde bucal. No entanto, o preparo odontológico do paciente com a eliminação ou estabilização das infecções bucais antes do tratamento oncológico é o principal procedimento no manejo dos pacientes com o diagnóstico de câncer CA de boca e é papel dos CEOs também realiza-lo (Brasil, 2022).

O Quadro 10 apresenta o tempo até o início do tratamento do CA de boca após a confirmação do diagnóstico, por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019.

Quadro 10 - Tempo até o início do tratamento do câncer de boca por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Região de Saúde - residência	Até 30 dias	31 - 60 dias	Mais de 60	Sem informação	Total
Baia da Ilha Grande	2	2	7	5	16
Baixada Litorânea	2	5	27	6	40
Centro-Sul	8	4	20	7	39
Médio Paraíba	31	13	72	44	160
Metropolitana I	97	61	375	160	693
Metropolitana II	17	8	65	32	122
Noroeste	22	8	20	3	53
Norte	7	15	57	12	91
Serrana	17	14	55	16	102
Total	203	130	698	285	1.316

Fonte: adaptado de Brasil (2023d).

Como podemos observar, na maioria dos casos (53%), o tempo para início do tratamento foi de mais de 60 dias em todo o Estado do Rio de Janeiro, contrariando o prazo estabelecido na Lei Federal nº 12.732/2012, e foi maior que 30 dias em 62,9%.

O estado ainda precisa ampliar a oferta de tratamento a alta complexidade para diminuir o tempo de espera para tratamento dos pacientes com diagnóstico de CA de câncer de boca, pois sabe-se que o tempo decorrido desde a suspeita diagnóstica até o início do tratamento é fundamental para o prognóstico do paciente, quanto maior esse tempo, maior a chance de tratamentos mutiladores que afetam a qualidade de vida e maiores as chances de recidiva e morte pela doença.

O Quadro 11 apresenta o número de casos de câncer de boca segundo o estadiamento da doença por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019.

Quadro 11 - Número de casos de câncer de boca segundo o estadiamento por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Região de Saúde - residência	Estadiamento					Não se aplica	Total
	0	1	2	3	4		
Baía da Ilha Grande	0	0	5	2	2	2	11
Baixada Litorânea	1	0	6	11	14	2	34
Centro-Sul	0	0	8	12	6	6	32
Médio Paraíba	1	3	25	16	41	29	115
Metropolitana I	5	7	48	164	206	99	529
Metropolitana II	3	8	6	19	33	18	87
Noroeste	0	1	1	6	26	16	50
Norte	1	1	7	19	45	5	78
Serrana	1	3	4	28	36	14	86
Total	12	23	110	277	409	191	1.022

Fonte: adaptado de Brasil (2023d).

Como podemos observar, a maioria dos casos de câncer de boca foi diagnosticada em estágios mais avançados da doença.

O estágio mais comum foi o tipo III e IV com 686 casos (67,1%) que representam as fases mais avançadas da doença e isso está relacionado ao diagnóstico tardio dessa neoplasia. As consequências são: aumento das taxas de mortalidade da doença e tratamentos mutiladores que levam a uma má qualidade de vida para o doente.

5.6 Produção de biópsias de tecidos moles da boca no Estado do Rio de Janeiro

A análise da atenção secundária na linha de cuidado do câncer de boca foi concentrada na coleta de biópsias de tecidos moles da boca (código 0201010526), considerado o procedimento de diagnóstico padrão ouro para o câncer de boca.

Prioritariamente, o diagnóstico do CA de boca deve ser realizado nos serviços de atenção secundária, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Segundo a Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006, os CEOs devem dispor de estrutura e serviço especializado para realizar no mínimo diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do CA de boca CEOs e devem ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (Brasil, 2006).

Dessa forma, mesmo que outros pontos da rede de atenção à saúde possam realizar a biópsia espera-se que esse procedimento concentre-se nos CEOs.

Após a realização do exame clínico e biópsia, ocorre o encaminhamento para análise em laboratórios de patologia, que servem como sistema de apoio (Brasil, 2017c).

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, o monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada pelos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS. A biópsia de tecidos moles da boca (código 0201010526) encontra-se dentro dos 40 tipos de procedimentos de Cirurgia Oral, que deve atingir o valor de 80, 90 e 170 procedimentos no mínimo por mês, para os CEOs tipo I, II e II respectivamente (Brasil, 2017b).

Portanto, o procedimento biópsia de tecidos moles não é avaliado separadamente e a ausência desse procedimento não implicará em perda de financiamento, porém monitorar a oferta desse procedimento nos CEOs é essencial visto a importância do seu papel na linha de cuidado ao câncer de boca.

Os coordenadores de saúde bucal devem organizar os serviços para o cumprimento dessas metas, podendo ofertar vagas para outros municípios quando há dificuldade para o seu alcance. Isso pode ocorrer quando esses CEOs são referência só para o município e não há demanda suficiente para atingir as metas preconizadas. Essa pactuação deve ocorrer na Comissão Intergestora Regional (CIR) (Brasil, 2022).

O papel dos CEOs dentro da rede de atenção à saúde bucal é ofertar serviço odontológico especializado gratuitamente à população. Lembrando que o CEO pode oferecer outras especialidades odontológicas, além das mínimas, a critério do gestor municipal de acordo com as necessidades do território (Brasil, 2022).

Nessa forma de organização em rede todos os pontos de atenção à saúde devem estar sistematizados e integrados, com fluxos definidos que garantam o acesso às tecnologias e recursos disponíveis necessários para a recuperação e reabilitação em saúde onde no centro da coordenação está na atenção básica (Brasil, 2022).

Os CEOs, como segundo nível de atenção, devem atuar de forma integrada com outros pontos da rede por meio de recursos de referência e contrarreferência, que deve ocorrer por meio de protocolos que contribuam para a o bom funcionamento da rede de serviços do SUS (Brasil, 2022).

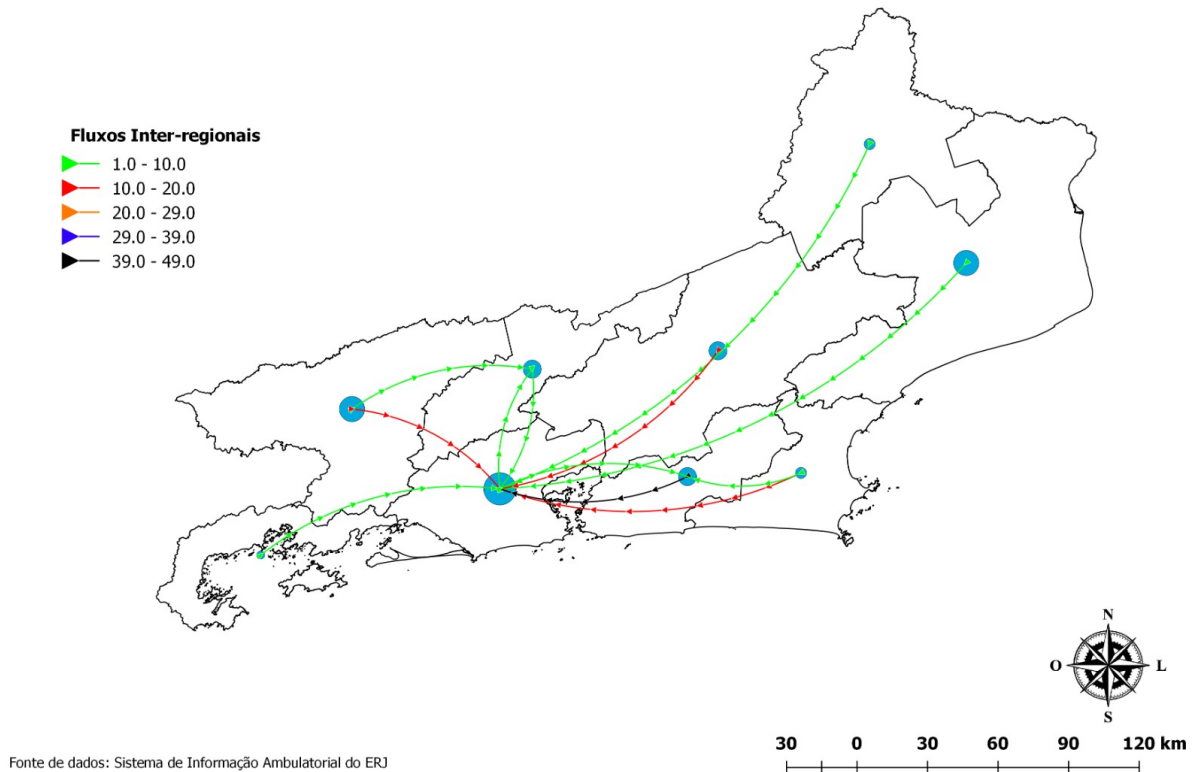
Dado o papel dos CEO na redução do acesso desigual aos serviços especializados e portanto, na incidência de doenças relacionadas com a saúde oral, com a ampliação do acesso à assistência pública odontológica de média complexidade, assim como no apoio às ações da atenção primária neste nível, é fundamental que a garantia de qualidade dos serviços seja assegurada, tornando-se necessário a avaliação contínua desses serviços para melhorar o seu desempenho (Machado; Silva; Ferreira, 2015).

O Quadro referente à produção efetuada no Estado do Rio de Janeiro do procedimento: BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (código: 0201010526), com a quantidade aprovada por estabelecimento de saúde (nome do estabelecimento) e Região de Saúde/município de residência no período de 2017 a 2019, assim como o fluxo inter-regional encontra-se no Quadro 28 do APÊNDICE D.

Para melhor compreensão e análise, primeiro será apresentado o fluxo inter-regional e o fluxo intermunicipal para a realização da biópsia e em seguida uma análise dessa produção em cada região de saúde/município por tipo de estabelecimentos de saúde no período estudado, avaliando o desempenho dos CEOs nestas regiões quanto a oferta desse procedimento.

5.6.1 Fluxos inter-regionais

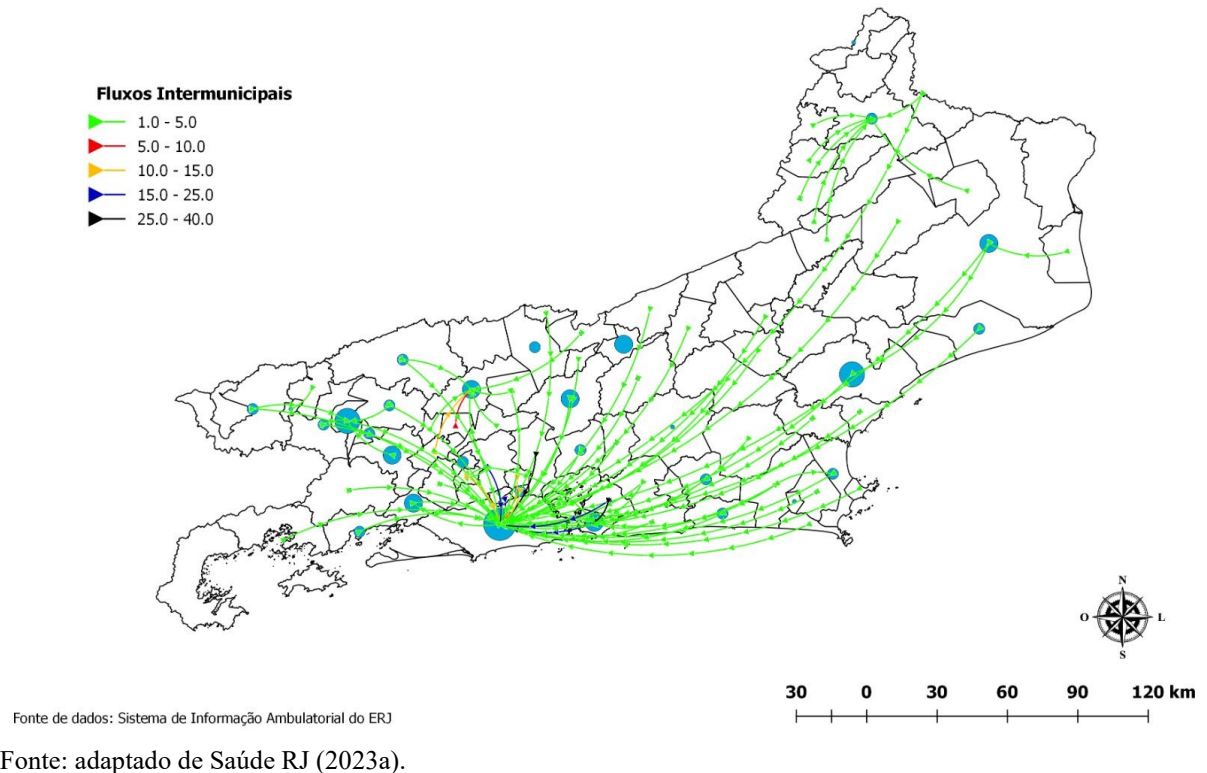
Figura 4 - Fluxo inter-regional para o procedimento de biópsias de tecidos moles da boca



Com relação aos fluxos inter-regionais para realização do exame de biópsia, podemos observar que a região Metropolitana I recebeu fluxo de todas as outras regiões de saúde do estado, sendo esse fluxo maior da região Metropolitana II. A biópsia dos pacientes advindos de outras regiões foi realizada principalmente nos seguintes estabelecimentos: INCA Hospital do Câncer I e Policlínica Piquet Carneiro. Lembrando que o INCA é hospital de referência para tratamento oncológico de alta complexidade - CACON. Os estabelecimentos de saúde CMS Oswaldo Cruz e Policlínica Antônio Ribeiro Netto, receberam somente da Metropolitana II, região essa, onde 3 municípios dos 7 que a compõe, possuem CEO.

5.6.2 Fluxos intermunicipais

Figura 5 - Fluxo intermunicipal para o procedimento de biópsias de tecidos moles da boca



A maior densidade de fluxo intermunicipal ocorreu para o município do Rio de Janeiro, que recebeu fluxo de vários municípios, sendo os principais deles: Duque de Caxias, Belford Roxo, Itaguaí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti, mas correspondeu a apenas 5.1% do total de biópsias.

O município de Niterói na região Metropolitana II recebeu fluxo de Itaboraí, Maricá, São Gonçalo e Silva Jardim onde as biópsias foram realizadas no Hospital Universitário Antônio Pedro - UNACON referência para tratamento de pacientes oncológicos, e equivale a 34.4% do total que esse município realiza. Lembrando que os municípios de Itaboraí, São Gonçalo e Silva Jardim não possuem CEO.

O município de Volta Redonda, na região de Médio Paraíba, recebe fluxo de Barra do Piraí, Barra Mansa, Piraí e Resende, municípios que possuem CEO.

O município de Itaperuna na região Noroeste realiza a biópsia de pacientes de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Santo Antônio de Pádua, o que corresponde a 27.4% das biópsias que esse município realiza. Esse município possui unidade de referência de alta complexidade para tratamento do câncer: Hospital São Jose do Avai (UNACON), onde foram realizadas o procedimento de biópsia assim como no CEO do município.

5.6.3 Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde e tipo de estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

O Quadro 12 apresenta a quantidade de biópsias de tecidos moles da boca realizadas por tipo de estabelecimento por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019.

Quadro 12 – Produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Região de Saúde - residência	Tipo de Unidade de Saúde							Total
	CEO	H.G	Pol.	UBS	CACON	UNACON	U.A.D.T	
Baia da Ilha Grande	13	16						29
Baixada Litorânea	26		17			1		44
Centro-Sul	83		20			21		124
Médio Paraíba	182	196						378
Metropolitana I	277	368	1259	502	318	50	2	2776
Metropolitana II	27	122						149
Noroeste	32					32		64
Norte	250	1	22			2		275
Serrana	103	5	26					134
Total	997	708	1340	502	318	106	2	3.973

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Hospital Geral (H.G); Policlínica (Pol.); Unidade Básica de Saúde (UBS); Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia (U.A.D.T).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

Como podemos observar, a biópsia foi realizada em vários tipos de estabelecimento de saúde, como CEO, Hospital Geral, Policlínica, Unidade Básica de Saúde (UBS), CACON, UNACON e Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia (U.A.D.T).

Em todas as regiões houve produção de biópsias no CEO, entretanto, em algumas regiões a quantidade desse procedimento neste centro foi inferior a outros estabelecimentos de saúde. Nas regiões da Baixada Litorânea, Centro-Sul, Norte e Serrana os CEOs foram protagonistas na produção deste procedimento de diagnóstico em saúde bucal.

Com relação ao número total deste procedimento no Estado do Rio de Janeiro, comparando o CEO com o somatório deste procedimento nos outros estabelecimentos de saúde ao CEO, foi responsável por 25% da produção de biópsias de tecidos moles.

A tabela completa com a quantidade de exames anatomopatológico por região de saúde/município por estabelecimento encontra-se no Quadro 29 do APÊNDICE E.

5.6.4 Produção de biópsias por região de saúde/município por tipo de estabelecimento de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Os Quadros 13 a 21, a seguir, mostram o número absoluto e percentual de biópsias de tecidos moles da boca efetuadas no período de 2017 a 2019, por tipo de estabelecimento em cada região de saúde/ municípios. Cada Quadro corresponde a uma região de saúde do Estado do Rio de Janeiro e abaixo encontra-se a descrição e síntese dos dados coletados pertencentes a cada uma.

Quadro 13 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região de Baía de Ilha Grande/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		Hospital Geral		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baía de Ilha Grande	13	44,8	16	55,2	29	100
Angra dos Reis	9	100	-	-	9	100
Mangaratiba	4	20	16	80	20	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A Baía da Ilha Grande é composta por três municípios e todos possuem um CEO, mas a produção de biópsias nesses centros ocorreram nos municípios de Angra dos Reis e Mangaratiba, 13 (44,8%) do total e o não houve registro de biópsias no CEO de Paraty.

A produção foi maior em hospital geral, onde foram realizadas 16 (55,2%) biópsias, lembrando que neste período houve um fluxo de pacientes desta região para a o município do Rio de Janeiro na Metropolitana I para a realização de biópsias, que ocorreram no INCA Hospital de Câncer I e na Policlínica Piquet Carneiro.

Já o exame anatomopatológico ocorre somente no município de Angra dos Reis, sendo o laboratório Angralab responsável pela maioria das análises dos exames anatomopatológicos no geral.

A população nessa região é uma das menores do estado, com cobertura de SB na APS de 49,1% em 2019.

Houve no período analisado 16 casos de CA de boca, a maioria diagnosticada em estágio avançado da doença. Destes casos, 7 (43,7%) iniciaram o tratamento com mais 60 dias após o diagnóstico de CA de boca.

Essa região não possui unidade de referência em alta complexidade para o tratamento do câncer.

Quadro 14 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região da Baixada Litorânea/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		UNACON		Policlínica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixada Litorânea	26	59	1	2,3	17	38,7	44	100
Cabo Frio	16	94,1	1	5,9	-	-	17	100
Casimiro de Abreu	2	100	-	-	-	-	2	100
Iguaba Grande	1	100	-	-	-	-	1	100
Rio das Ostras	7	100	-	-	-	-	7	100
Squarema	-	-	-	-	16	100	16	100
São Pedro da Aldeia	-	-	-	-	1	100	1	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A Baixada litorânea é composta por 9 municípios, onde 7 deles possui CEO. Somente Armação dos Búzios e Araruama não possuem CEO.

Apesar de Arraial do Cabo possuir CEO, não costuma produzir biópsias no período analisado neste município, e nos municípios de Saquarema e São Pedro de Aldeia apesar de possuírem CEO a produção de biópsias ocorreu em policlínicas, o que deveria ser melhor investigado para definir porque o local onde obrigatoriamente deve-se oferecer diagnóstico em CA de boca não o ofertou por um período de 3 anos.

Do total de 44 biópsias, 26 (59%) foram realizadas no CEO, 17 (38,7%) em policlínica e 1 (2,3%) em UNACON. Vale ressaltar que houve fluxo de usuário dessa região para a região Metropolitana I para a realização de biópsia no município do Rio de Janeiro no INCA Hospital do câncer I (CACON), Hospital Geral Policlínica Piquet Carneiro e CEO Engenho de Dentro, num total de 17 biópsias.

Os exames anatomopatológicos provavelmente são realizados no laboratório Araruama no município de Araruama que foi o único laboratório da região com produção ambulatorial no SIA/SUS no período de 2017 a 2019.

Essa região conta com uma população de 839.958 habitantes, com uma cobertura de SB na APS de 50,6% em 2019.

O número de casos de CA de boca no período analisado foi de 40, sendo a maioria diagnosticada em estágio avançado da doença o que poderia explicar o elevado número de óbitos, 51 no período avaliado. Além disso, 27 usuários (67,5%) iniciaram o tratamento com mais de 60 dias após o diagnóstico de CA de boca.

Quadro 15 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Centro Sul/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		UNACON		Policlínica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro Sul	83	67	21	17	20	16	124	100
Paraíba do Sul	-	-	-	-	20	20	20	100
Três Rios	9	100	-	-	0		9	100
Vassouras	74	77,9	21	22,1	0		95	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A região Centro-Sul é composta por 11 municípios onde a SB na APS é a maior dentre as regiões com 92,9% de cobertura. Somente 5 municípios possuem CEO (Três Rios, Vassouras, Paraíba do Sul, Comendador Levy Gasparian e Areal). Só houve produção de

biópsias nos CEO de Três Rios e Vassouras, sendo que em Vassouras também houve produção de biópsias no Hospital Universitário de Vassouras (UNACON). Em Paraíba do Sul a produção ocorreu somente em Policlínica.

Portanto, dos 5 CEO existentes nessa região somente 2 apresentaram produção de biópsias. Entretanto, a maioria das biópsias foram realizadas nesses centros.

Do total de biópsias 83(67%) foram realizadas nos CEOs, 21 (17%) em UNACON e 20(16%) em Policlínica. Ressalta-se aqui que também houve fluxo de usuários dessa região para o município do Rio de Janeiro na Metropolitana I para realização de biópsias no INCA Hospital do Câncer I, 6 no total.

Nessa região, os exames anatomopatológicos no geral foram realizados no laboratório Tinoco em Três Rios (10.300), somente 2 exames foram realizados no Hospital Universitário de Vassouras.

De 2017 a 2019 houve 39 casos, sendo a maioria diagnosticada em estágio avançado, e 23 óbitos. Além disso, 20 (51,3%) dos usuários iniciaram o tratamento com mais de 60 dias após o diagnóstico de CA de boca.

Essa região possui unidade de referência de alta complexidade para tratamento do câncer que é o Hospital Universitário de Vassouras (UNACON), e houve registro de 5 cirurgias para tratamento do CA de boca nesta região.

Quadro 16 – Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Médio Paraíba/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		Hospital Geral		Total	
	n	%	n	%	n	%
Médio Paraíba	182	48,1	196	51,1	378	100
Barra Mansa	31	100	-	-	31	100
Barra do Piraí	19	100	-	-	19	100
Pinheiral	29	100	-	-	29	100
Piraí	59	100	-	-	59	100
Porto Real	10	100	-	-	10	100
Resende	28	90,3	3	9,7	31	100
Rio Claro	5	100	-	-	5	100
Valença	-	-	17	100	17	100
Volta Redonda	1	0,6	176	99,4	177	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A região Médio Paraíba é composta por 12 municípios e destes 11 possuem CEO, sendo que em Resende há 2 CEOs e em Volta Redonda 3 CEOs, num total de 15 CEOs na região.

A produção de biópsias ocorreu somente em 8 desses CEO. Apesar de Valença possuir CEO, a produção de biópsias aconteceu em Hospital Geral (Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi).

Em Resende, município com 2 CEOs, houve produção somente em 1 dos CEOs (Centro Odontológico Municipal) e em Hospital Geral (Hospital Municipal Henrique Sergio Gregori). Destaca-se aqui o fluxo de usuários dessa região para o INCA Hospital do Câncer I no município do Rio de Janeiro na região Metropolitana I para realização de biópsias (14 biópsias) e para o Hospital Universitário de Vassouras no município de Vassouras na região Centro Sul (1 biópsia).

Do total de biópsias, 182 (48,1%) foram realizadas em CEOs e 196 (51,9%) em Hospital Geral, destacando-se o Hospital Municipal Dr. Munir Rafful.

Nessa região, os exames anatomopatológicos no geral ocorreram em laboratórios de 7 municípios, em maior volume para o Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, onde também foram realizadas 17 biópsias de tecidos moles da boca.

De 2017 a 2019, houve 159 casos da doença, a maioria diagnosticada em estágio avançado da doença, e 53 óbitos.

Dos casos, 72 (45%) iniciaram o tratamento com mais de 60 dias após o diagnóstico da neoplasia, porém não podemos afirmar que a maioria realizou o tratamento com menos de 60 dias uma vez que 44 (27,5%) dos casos não se tem informação do tratamento.

Essa região possui 2 unidades de referência de alta complexidade para o tratamento de câncer, uma em Volta Redonda e outra em Barra Mansa.

Foram realizadas nessa região 28 cirurgias para tratamento do câncer de boca.

Quadro 17 - Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Metropolitana I/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Mun.	CEO		H. Geral		UNACON		CACON		Policlínica		UBS		U.A.D.T		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Metropolitana I	277	10	368	13,3	50	1,8	318	11,4	1259	45,4	502	18	2	0,1	2776	100
Itaguaí	79	97,5	2	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	100
Queimados	10	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100
Japeri	19	82,6	-	-	-	-	-	-	4	17,4	-	-	-	-	23	100
Magé	9	81,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18,2	11	100
Nova Iguaçu	-	-	5	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100
Rio de Janeiro	120	4,6	361	13,8	50	1,9	318	12,2	1255	48,2	502	19,3	-	-	2606	100
Seropédica	8	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100
São João de Meriti	32	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Hospital Geral (H. Geral); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Apoio a Diagnóstico e Terapia (U.A.D.T).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A região Metropolitana I é a maior do estado, com uma população de 10.497.016 habitantes. Ela é composta por 12 municípios e possui a menor cobertura de SB na APS dentre todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro (22,1%). A região possui 34 CEO, em todos os municípios, mas a maior concentração desses centros está no município do Rio de Janeiro (18 CEOs).

Apesar dos 12 municípios possuírem CEO só houve produção de biópsias por esses centros em 7 municípios, com maior volume no Rio de Janeiro, fato que se justifica pela sua maior população e pela quantidade de CEOs. Apesar disso, do total de biópsias realizadas no município do Rio de Janeiro, só 4,6% ocorreram nos CEOs, a maior parte aconteceu em policlínica (48,2%). Destaca-se aqui que nesse município houve produção de biópsias em Centro de Saúde/Unidades Básicas, 19,3% do total de biópsias do município. Somente em 3 municípios a biópsia ocorreu exclusivamente em CEO: Queimados; Seropédica e São João do Meriti.

Do total de biópsias de tecidos moles da boca realizadas nessa região, 277 (10%) foram realizadas em CEO, 368 (13,3%) em Hospital Geral, 50 (1,8%) em UNACON, 318 (11,4%) em CACON, 1259 (45,4%) em Policlínica, 502 (18%) em Centro de Saúde/Unidade Básica, 2 (0,4%) em Unidade de apoio a diagnóstico e terapia.

No caso dessa região, quando pensamos no funcionamento da rede de atenção em saúde, poderíamos sugerir que a baixa cobertura de SB na APS (22,1%), pode ser fator responsável pelo baixo desempenho dos CEO na produção de biópsias de tecidos moles da boca.

Essa região foi a que mais recebeu fluxo de usuários de outras regiões para realização de biópsias. O maior deles foi o da região Metropolitana II.

Só há produção de exames anatomopatológicos no geral em 3 municípios (Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Nova Iguaçu), sendo que há uma concentração no município do Rio de Janeiro onde a produção ocorreu em 70 estabelecimentos diferentes.

Importante destacar alguns pelo maior volume de exames anatomopatológico geral nesse período: INCA Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia (SITEC) Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Municipal Salgado Filho, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Mario Kroeff e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Em Duque de Caxias os exames aconteceram em 2 estabelecimentos e em Nova Iguaçu também com destaque para a AAS com uma quantidade muito grande de exames.

De 2017 a 2019 houve 688 casos da doença nessa região, sendo a maioria diagnosticada em estágio avançado, e 544 óbitos. Desses casos, 375 (54,1%) iniciaram o tratamento 60 dias após o diagnóstico.

Essa região concentra o maior número de estabelecimentos de referência em alta complexidade para o tratamento do câncer, todas no município do Rio de Janeiro, onde há 2 CACON.

Essa região foi responsável por 125 cirurgias para o tratamento do CA de boca no período analisado.

Quadro 18 - Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Metropolitana II/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		Hospital Geral		Total	
	n	%	n	%	n	%
Metropolitana II	27	18,1	122	81,9	149	100
Maricá	6	100	-	-	6	100
Niterói	-	-	122	100	122	100
Rio Bonito	21	100	-	-	21	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A região Metropolitana II é composta por 7 municípios e possui baixa cobertura de SB na APS (29,7%). Possui um total de 3 CEOs, distribuídos em 3 municípios, onde a produção de biópsias de tecidos moles da boca ocorreu em 2 destes: Maricá e Rio Bonito.

Apesar de Niterói também possuir CEO a produção de biópsias ocorreu em Hospital Geral (Hospital Universitário Antônio Pedro), correspondendo a 122 (81,9%) do total de biópsias da região. Do total de biópsias realizadas por esta região, 27 (18,1%) foram realizadas no CEO.

A baixa cobertura da SB na APS poderia estar associado a baixa produção de biópsias nesses centros e alta concentração desse procedimento na alta complexidade.

Essa região recebeu pequeno fluxo e somente da região Metropolitana I.

O Hospital Universitário Antônio Pedro, que é um UNACON, também foi responsável pela maior produção de exames anatomopatológico no geral em Niterói. Em Maricá o estabelecimento Blessing foi onde ocorreu o maior volume de exames anatomopatológico no geral e em Rio Bonito no Hospital Regional Darcy Vargas.

De 2017 a 2019 foram 122 casos da doença, a maioria diagnosticada em estágios avançados da doença e 114 óbitos. Dos casos 65 (53,3%) iniciaram o tratamento após 60 dias do diagnóstico do CA de boca.

Essa região possui unidade de referência em alta complexidade para tratamento do câncer: um UNACON em Niterói e Hospital Geral com cirurgia oncológica e um UNACON em Rio Bonito.

Com relação ao tratamento cirúrgico do câncer de boca, somente 3 cirurgias foram realizadas nessa região.

Quadro 19 - Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Noroeste/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		UNACON		Total	
	n	%	n	%	n	%
Noroeste	32	50	32	50	64	100
Bom Jesus do Itabapoana	9	100	-	-	9	100
Itaperuna	19	37,2	32	62,8	51	100
Porciúncula	2	100	-	-	2	100
Santo Antônio de Pádua	2	100	-	-	2	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A região Noroeste é composta por 13 municípios com cobertura de SB na APS de 78,1%. Possui 7 municípios com CEO, 1 em cada, mas a produção de biópsias só ocorreu em 4 desses CEO.

Do total de biópsias da região 32 (50%) foi realizada em CEO e 32 (50%) no Hospital São José do Avai (UNACON). Houve pequeno fluxo de usuários dessa região para a região Metropolitana I para realização de biópsias.

Nessa região a produção de exames anatomopatológico ocorreu em 2 estabelecimentos localizados em Itaperuna: Hospital São José do Avai, responsável por um maior volume de exames, e laboratório CIPA.

De 2017 a 2019 houve 53 casos, a maioria diagnosticada em estágios avançados, e 29 óbitos nessa região. Destes casos, 37,7% iniciaram o tratamento após 60 dias do diagnóstico do CA de boca e 41,5% em até 30 dias, o melhor resultado entre as regiões analisadas nesse quesito.

Essa região possui uma unidade de referência de alta complexidade para tratamento do câncer: Hospital São Jose do Avai (UNACON) em Itaperuna.

Foram registrados nesse período analisado, 16 cirurgias para tratamento do CA de boca.

Quadro 20 - Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Norte/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		Hospital Geral		UNACON		Policlínica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	250	91	1	0,3	2	0,7	22	8	275	100
Campo dos Goytacazes	64	95,5	1	1,5	2	3	-	-	67	100
Macaé	186	100	-	-	-	-	-	-	186	100
Quissamã	-	-	-	-	-	-	22	100	22	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A região Norte do Estado do Rio de Janeiro é composta por 9 municípios onde a cobertura de SB na APS é de 47,4% e somente 2 municípios possuem CEO (Campo dos Goytacazes e Macaé), onde houve produção de biópsias de tecidos moles da boca no período analisado, que correspondeu a 250 (91%) do total de biópsias da região, 22 (8%) foram realizadas em policlínica, 1 (0,3%) em Hospital Geral e 2 (0,7%) em UNACON.

Houve um pequeno fluxo de usuário dessa região para a região Metropolitana I para a realização de biópsias.

Nessa região, 4 dos 6 estabelecimentos responsáveis pela produção de exames anatomopatológico no geral, se localizam no município de Campos dos Goytacazes com destaque para o Hospital Escola Alvaro Alvim, que realizou a maior quantidade de exames e em Macaé apenas 1 estabelecimento: o Hospital Público Municipal de Macaé.

De 2017 a 2019 houve 91 casos na região, a maioria diagnosticada em estágio avançado, e 52 óbitos. Destes casos, 57 (62,6%) iniciaram o tratamento após 60 dias do diagnóstico do CA de boca.

Essa região possui 3 unidades de referência em alta complexidade (UNACON) para o tratamento do câncer e foram registradas 6 cirurgias para o tratamento do CA de boca.

Quadro 21 - Número absoluto e percentual da produção de biópsias de tecidos moles da boca por tipo de estabelecimento na região Serrana/municípios no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/Município	CEO		Hospital Geral		UNACON		Policlínica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Serrana	103	78	4	3	1	0,8	24	18,2	132	100
Cachoeiras de Macacu	9	100	-	-	-	-	-	-	9	100
Guapimirim	-	-	2	33,3	-	-	4	66,7	6	100
Petrópolis	56	98,2	-	-	-	-	1	1,8	57	100
São José do Vale do Rio Preto	38	65,5	1	1,8	-	-	19	32,7	58	100
Teresópolis	-	-	1	50	-	50	-	-	2	100

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

A região Serrana é composta por 16 municípios onde a cobertura de SB na APS é 39,8% e 5 municípios apenas possuem CEO, sendo que Petrópolis tem 2 desses centros. Não houve biópsia em 2 CEO de Teresópolis e no CEO de Bom Jardim

Do total de biópsias da região 103 (78%) foram realizadas no CEO, 4 (3%) em Hospital Geral, 1 (0,8%) em UNACON e 24 (18,2%) em policlínica.

Houve fluxo de usuários dessa região para a região Metropolitana I para a realização de 0 biópsias (11 biópsias no total).

Há 7 estabelecimentos responsáveis pela produção de exames anatomopatológicos no geral nessa região, destes, 2 no município de Petrópolis, com destaque para o Hospital Alcides Carneiro pelo maior volume de exames. Em Teresópolis há 3 estabelecimentos, sendo que se destaca o Centro de Patologia de Teresópolis e o Hospital das Clínicas de Teresópolis.

De 2017 a 2019, houve 102 casos, a maioria diagnosticado em estágio avançado da doença, e 70 óbitos. Dos casos, 55 (54%) iniciaram o tratamento após 60 dias do diagnóstico do CA de boca.

Essa região possui 3 unidades de referência em alta complexidade para o tratamento do câncer, sendo 2 UNACON. Houve registro de 8 cirurgias para o tratamento do CA de boca nessa região.

O Quadro 22 apresenta a quantidade de CEOs que não tiveram produção de biópsias por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) no período de 2017 a 2019.

Quadro 22 - Quantidade de CEOs em números absolutos sem produção de biópsias por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Rio de Janeiro (capital) no período de 2017 a 2019

Região de Saúde	CEO sem produção de biópsias
Rio de Janeiro (capital)	16
Baia da Ilha Grande	1
Baixada Litorânea	3
Centro-Sul	3
Médio Paraíba	7
Metropolitana I *	11
Metropolitana II	1
Noroeste	3
Norte	-
Serrana	2
Total no ERJ	47

Legenda: Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Nota: *excluído o Rio de Janeiro (capital) Nota: *excluído Rio de Janeiro (capital).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

Como podemos observar após a análise de produção de coleta de biópsias de tecidos moles da boca, não houve produção em 47 CEOs (57%) dos 82 CEOs existentes no período analisado no Estado do Rio de Janeiro no período analisado.

No Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2020-2023, observa-se a necessidade de implementação de CEOs com uma perspectiva regional, de forma que possam

atender aos municípios de pequeno porte e garantir o alcance das metas estabelecidas pelo MS. Esta pauta deve ser fomentada na Comissão Intergestores Regional (CIR), para discussão e pactuação entre os gestores. Em relação ao PMAQ-CEO, no panorama do estado, observa-se uma ampliação da adesão do primeiro ciclo (57 CEOs) para o segundo (65 CEOs), o que revela o interesse dos gestores municipais em avaliar e qualificar a atenção à saúde bucal ofertada à população (Saúde RJ, 2020).

O Quadro 23 apresenta uma síntese de alguns dos dados encontrados nesse estudo para uma melhor compreensão global.

Quadro 23 – Cobertura de SB na APS em 2019, CEOs sem produção de biópsias no período de análise, casos em estadiamento III e IV, casos com início do tratamento maior que 60 dias após o diagnóstico do CA de boca em porcentagem por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	Cobertura de SB na APS	CEOs sem produção de biópsias	Estadiamento III e IV	Casos com início para tratamento maior que 60 dias
Baia da Ilha Grande	49,1	33,3	36,4	43,7
Baixada Litorânea	50,6	42,9	73,5	67,5
Centro-Sul	92,9	60	56,2	51,3
Médio Paraíba	74,2	46,6	49,6	45
Metropolitana I	22,1	79,4	70	54,1
Metropolitana II	29,7	33,3	59,8	53,3
Noroeste	78,1	42,8	64	37,7
Norte	47,4	-	82	62,6
Serrana	39,8	33,3	74,4	54
Total no ERJ	32,5	57,3	67,1	53

Legenda: Saúde bucal (SB); Atenção Primária à Saúde (APS); Câncer (CA); Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs); Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Fonte: adaptado de Brasil (2023b, 2023d).

Os dados encontrados apontam pouco impacto da cobertura de SB na APS no diagnóstico precoce do CA de boca e no desempenho dos CEOs quanto ao procedimento de biópsias de tecidos moles da boca.

Na maioria dos casos diagnosticados da doença, em grande parte das regiões, o tratamento foi iniciado com mais de 60 dias.

A região da Baía de Ilha Grande apesar da cobertura de SB na APS ser menor que 50% apresentou resultados melhores quanto ao desempenho dos CEOs, estadiamento da doença e casos iniciados em menos de 60 dias.

Esses dados refletem uma falta de planejamento e organização da linha de cuidado ao CA de boca.

5.7 Quantidade de exames anatomopatológicos por tipo de estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro

O Quadro 24 apresenta a quantidade de exames anatomopatológicos geral, não específico para o CA de boca, por Região de Saúde por estabelecimento de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019.

Quadro 24 - Quantidade aprovada de exames anatomopatológicos por tipo de estabelecimento e região de saúde no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/ residência	Lab.	Hosp.	H.U	UBS	PC	PA	CEO	U.A.D.T	Total
Baía da Ilha Grande	701	-	260	-	-	17	-	179	1157
Baixada Litorânea	9563	-	-	-	-	-	-	-	9563
Centro-Sul	10300	-	2	-	-	-	-	-	10302
Médio Paraíba	9090	27584	-	-	-	-	-	-	36674
Metropolitana I	6113	21312	37502	620	392	-	-	155600	221539
Metropolitana II	73713	2619	35477	-	-	-	-	5379	117188
Noroeste	2074	4316	-	-	-	-	-	-	6390
Norte	-	37574	-	-	-	-	-	-	37574
Serrana	7	11652	-	-	1	-	36	-	11696
Total	111.561	105.057	73.241	620	393	17	36	161.158	452.083

Legenda: Laboratório (Lab.); Hospital (Hosp.); Hospital Universitário (H.U); Unidade Básica de Saúde (UBS); Policlínica (PC); Pronto Atendimento (PA); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Unidade de Apoio diagnose e Terapia (U.A.D.T).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

Os laboratórios de patologia fazem parte do sistema de apoio previstos na PNPC e a análise por um patologista experiente em patologia bucal qualifica a análise das peças biopsiadas.

Importante assinalar que há possíveis erros na alimentação dos sistemas de informação no período, o que dificultou a análise. Os dados coletados sobre os exames anatomopatológicos no geral foi capaz de sugerir possíveis locais de referência para algumas regiões e foram citados no item 7.6.4 na descrição de cada região de saúde/município como prováveis locais de análise histopatológica.

Em alguns municípios, opta-se pelo envio do material para o laboratório de patologia que já realiza esse serviço para outros tipos de lesões, e isso foi apontado como um problema pelos entrevistados no estudo de caso da região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, já

que a qualidade técnica poderia ser afetada pela falta do patologista oral (Lima; O'Dwyer, 2023).

Chama a atenção os Hospitais Universitários, que realizaram uma grande quantidade de exames anatomopatológicos no período analisado. Lima e O'Dwyer (2023) destacam em seu estudo a importância dos laboratórios universitários de patologia, devido à qualidade, gratuidade e agilidade do serviço prestado, porém de forma informal e sem recursos.

O Quadro 25 apresenta a quantidade de exames anatomopatológicos para o CA de boca realizados pelo SUS por estabelecimento de saúde e região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019.

Quadro 25 - Quantidade aprovada de exames anatomopatológicos do CA de boca por estabelecimento e região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Região de Saúde/ Município	Estabelecimento	2017	2018	2019	Total
Médio Paraíba					
Volta Redonda	Laboratório Dr. Falcão	0	0	5	5
Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	0	0	2	2
Metropolitana I					
Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	0	0	3	3
	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	0	0	4	4
	SMS Rio Hospital Municipal Salgado Filho	0	0	6	6
	MS INCA SITEC Serv. Citopatologia	0	0	207	207
	UERJ Hospital Universitário Pedro Ernesto	0	0	35	35
Nova Iguaçu	AAS	0	0	4	4
Metropolitana II					
Niterói	Laboratório Dom Bosco	3	3	0	6
	Hospital Universitário Antônio Pedro	0	2	3	5
Norte					
Campo dos Goytacazes	Hospital Dr. Beda	0	0	58	58
	Hospital Escola Álvaro Alvim	1	0	6	7
Total		4	5	333	342

Legenda: Câncer (CA); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Ministério da Saúde (MS); Instituto Nacional do Câncer (INCA); Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia (SITEC); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Associação Anjos da Saúde (AAS).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

Com relação aos exames anatomopatológicos para diagnóstico do CA de boca, os dados relativos aos anos analisados sugerem uma má qualidade na alimentação da informação dentro dos sistemas de informação em saúde o que dificulta a análise destes dados.

6 DISCUSSÃO

As taxas de morbimortalidade pelo CA de boca apresentam-se elevadas a nível mundial, principalmente em homens, destacando-se o Brasil com uma das maiores taxas de incidência, chegando a ocupar a quarta posição entre os homens na região sudeste do país (INCA, 2022a, 2022b).

Desta forma, este estudo buscou primeiramente compreender o cenário assistencial dentro da linha de cuidado do câncer de boca na rede de atenção à saúde bucal no período de 2017 a 2019 com foco para a atenção especializada ambulatorial caracterizada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e no seu desempenho quanto a produção de biópsias de tecidos moles da boca.

No período analisado houve um total de casos de câncer de boca de 1.307 e o número de óbitos foi de 949.

O estudo de Atty *et al.* (2021), a partir de uma análise temporal e espacial do câncer de boca no Estado do Rio de Janeiro de 1999 a 2018, aponta que a redução da taxa de mortalidade não foi significativa mesmo com o aumento do número de equipes de saúde bucal e implantação de CEOs em 2006.

Com relação ao número de casos encontrados segundo o estadiamento da doença, 686 casos (67,1%), encontravam-se nos estádios mais avançados da doença e está relacionado ao diagnóstico tardio da neoplasia em questão, contribuindo para altas taxas de morbimortalidade da doença. Além disso as diferentes coberturas de saúde bucal na APS nas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro não influenciaram no diagnóstico precoce, mostrando uma desorganização na linha de cuidado ao CA de boca em todo o estado, que levanta questões a respeito de como está a atuação das equipes de saúde bucal nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, a organização do processo de trabalho e o monitoramento das ações e serviços de saúde.

Quanto ao tempo de demora para o início do tratamento, a maioria dos casos (53%) o tempo para início do tratamento após a confirmação do diagnóstico foi de mais de 60 dias em todo o Estado do Rio de Janeiro, e mais de 30 dias em 62,9%, o que vai contra ao previsto na Lei Federal nº 12.732/2012, onde o tempo máximo de demora para o início do tratamento dos pacientes com câncer de boca a partir do diagnóstico deve ser de 60 dias.

A região Metropolitana I concentra boa parte das unidades de alta complexidade para o tratamento do câncer e foi responsável pela maior parte dos tratamentos cirúrgicos, sendo

portanto uma região de grande importância no cenário assistencial para o tratamento do câncer de boca.

Em relação à rede de atenção à saúde, a APS deve ser a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, na qual a Saúde da Família deve ser a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação (Brasil, 2017a), assim como a expansão das ESB na APS, como preconizado pela PNSB. No âmbito do Estado do Rio de Janeiro foi encontrado uma baixa cobertura da APS, 60,9% no final de 2019 e insuficientes coberturas de saúde bucal na APS, com 32,5% em 2019, sendo mais acentuada em algumas regiões, como a Metropolitana I e a Metropolitana II, com 22,1% e 29,7% respectivamente, persistindo como um grande desafio a ser superado para garantir acesso e qualidade da atenção em saúde em nível estadual.

Dessa forma, uma baixa cobertura da atenção primária poderia comprometer a integralidade na assistência à saúde bucal nos CEO (Chaves *et al.*, 2010).

O que ocorre é que um número pequeno de ESB na APS acaba ficando sobrecarregado quanto à demanda espontânea o que prejudica as demais ações da equipe como a priorização de grupos específicos como é o caso de homens acima dos 40 anos, tabagista e/ou etilista, que pouco procuram assistência e que é o principal grupo de risco para o CA de boca (Lima; O'Dwyer, 2023).

A região Metropolitana I apresentou no período analisado uma das coberturas mais baixas de SB na APS, sendo que cada município dessa região conta com pelo menos um CEO. No município do Rio de Janeiro, a cobertura de SB na APS é de 24%, porém é o município que apresenta maior quantidade de CEOs. Esse desequilíbrio pode comprometer o funcionamento da rede, uma vez que são as ESB que devem preferencialmente atuar na identificação precoce das lesões bucais malignas ou pré-malignas, sendo as responsáveis pelo encaminhamento do usuário para a realização do diagnóstico no segundo nível de atenção, nos CEOs. Além disso, pode gerar demanda espontânea no CEO levando a uma desorganização na rede de cuidados, como foi encontrado no estudo de Lima e O'Dwyer (2023).

É importante considerar que as regiões apresentam escalas populacionais muito variadas, assim como o número de municípios que as compõe, o tamanho de suas populações e a condição socioeconômica, dessa forma, ao analisarmos o número de habitantes/CEO do ponto de vista de oferta potencial a relação parece melhor nas regiões Noroeste, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Centro Sul, Baía da Ilha Grande, onde a relação é menor que 100.000 habitantes /CEO. Essa relação é pior nas regiões Serrana, Metropolitana I, Metropolitana II e Norte.

O Brasil possui, em média, um CEO para cada 217.596 habitantes (Figueiredo; De Góes; Martelli, 2016). Os autores Frazão e Narvai (2009) apontam que há uma concentração maior de CEOs em municípios com melhores indicadores sociais.

Dessa forma, os gestores devem conhecer a organização da rede de atenção em saúde bucal e a demanda existente em seu território de cada especialidade odontológica e optar pela tipologia mais adequada para implantação de CEO (Brasil, 2022).

De acordo com os dados secundários coletados na fase da Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ-CEO ocorrido em 2014, o número de municípios brasileiros com CEOs foi de somente 13,98%, possuindo a região Norte o menor número de serviços e a região Nordeste o maior, porém ambas com deficiência quanto à estrutura, equipamentos e insumos, que influenciam diretamente no serviço ofertado (Leal; Emmi; Araújo, 2021).

Considerando o papel dos CEOs no diagnóstico do câncer de boca, buscou-se através dos dados do SIA-SUS descrever e discutir sobre o desempenho destes centros no Estado do Rio de Janeiro. É importante considerar que diferentes tipos de estabelecimentos são habilitados para a realização do procedimento de coleta de biópsia, como hospitais e policlínicas, porém é nos CEOs que o diagnóstico do CA de boca deve ser realizado prioritariamente, devendo dispor de estrutura e serviço especializado para realizá-lo conforme descrito na Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006).

Em 4 regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, a produção de coleta de biópsias de tecidos moles da boca ocorreu prioritariamente em CEOs, foram elas: Baixada Litorânea, Centro Sul, Norte e Serrana. Na região Noroeste metade ocorreu em CEO e a outra metade em UNACON, enquanto nas outras regiões a maior parte deste procedimento foram realizados em Hospital Geral, UNACON e policlínica. Isso mostra a importância desses centros para o diagnóstico do CA de boca, apesar de não ter sido o principal estabelecimento responsável pelo procedimento em todas as regiões, como seria o esperado, considerando seu papel de protagonista no diagnóstico do câncer de boca.

É difícil estabelecer uma relação direta sobre o que diferenciou estes dois grupos, pela particularidade que cada região apresenta. No grupo onde houve uma concentração maior de biópsias de tecidos moles da boca em hospitais, duas destas regiões possuíam mais hospitais: Médio Paraíba e Metropolitana II. Na região Metropolitana II a maior concentração de procedimentos de coleta de biópsias foi em hospital universitário que também realizou um maior volume de exames anatomopatológicos, o que pode sugerir que para esta região seja mais eficiente o encaminhamento para este hospital. Já a região Metropolitana I, possui uma grande quantidade de policlínicas, sendo provável fator para a concentração deste procedimento neste

tipo de estabelecimento. Lembrando que tanto a região Metropolitana I quanto a Metropolitana II possuem uma das menores coberturas de SB na APS, o que pode ter contribuído para uma dificuldade na interface APS/CEO, já que o procedimento de biópsia de tecidos moles da boca nos CEOs ocorre principalmente por encaminhamento das ESB da APS.

Já no segundo grupo, onde prevaleceu a maior quantidade de coleta de biópsias de tecidos moles da boca no CEO, as regiões possuem menor quantidade de hospitais e uma melhor cobertura de SB na APS, sem contudo evidenciar uma relação direta, já que há região com uma boa cobertura de SB na APS onde a maior parte da produção ocorreu em hospitais e uma hipótese para isso seria de que em algumas dessas regiões por possuírem hospitais universitários que fazem tanto a biópsia quanto o exame anatomopatológico constituindo instituições já consolidadas para a oferta desses serviços.

A distribuição de CEOs nos municípios e a relação habitantes/CEO parece não ter influenciado no melhor ou pior desempenho dos CEOs com relação à produção de biópsias com finalidade diagnóstica. Portanto, é necessária a utilização de outros métodos de análise para identificar relações mais precisas ou as particularidades que possam existir em cada região.

Outro ponto importante levantado neste estudo é que houve desigualdade da oferta do procedimento de biópsia pelos CEOs em todo o estado, onde a produção de coleta de biópsias de tecidos moles da boca não foi observada em 47 (57%) desses centros no período analisado. A avaliação desses serviços de forma regular é importante para a análise do seu desempenho e para o diagnóstico situacional.

No estudo de Leal, Emmi e Araújo (2021) foi apontada insuficiência dos CEOs brasileiros quanto a equipamentos, insumos e instrumentais adequados para garantir a oferta dos serviços com qualidade. E no que se refere à oferta de recursos materiais para a realização de biópsias pela Estomatologia, a maioria dos 66 CEO participantes da avaliação do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro, não possuía um dos materiais necessários para o exame. Apenas 27,27% tinham soro fisiológico, 16,66% tinham frasco para biópsia, 36,36% tinham lâminas de bisturi, 15,15% tinham Punch¹, 68,18% tinham ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico e 13,63% não apresentava nenhum desses itens. Em relação aos recursos humanos 84,84% dos CEOs tinham Cirurgiões-dentistas atuando em Estomatologia.

¹ O termo Punch refere-se a um instrumento cilíndrico de aço inoxidável de superfície cortante que, durante a biópsia, é girado de forma rotatória, aprofundando-se na pele e permitindo a remoção de um tecido, podendo chegar até mesmo à gordura subcutânea.

Uma das limitações deste estudo foi a não avaliação dos recursos humanos e materiais e de outras possíveis causas que estariam dificultando o desempenho dos CEOs, sugerindo-se a realização de estudos complementares para uma análise mais profunda.

A alimentação dos sistemas de informação pelos municípios também é fundamental para auxiliar as tomadas de decisão do gestor, já que não há indicador pactuado para acompanhar formalmente e especificamente a produção do serviço de diagnóstico bucal do CEO (Brasil, 2022). No estudo de Lima e O'Dwyer (2023), foi apontado que alguns municípios não lançaram o procedimento de biópsia durante todo o ano de 2019, o que pôde ser entendido como deficiência na oferta e no registro no SIA/SUS.

Na região Metropolitana I, apesar de possuir a maior quantidade de CEOs, a maior produção de biópsia de tecidos moles da boca ocorreu em policlínica e foi a única região onde o procedimento também foi realizado em Centro de Saúde/ Unidade Básica. O município do Rio de Janeiro é o que possui maior quantidade de CEOs mas do total de biópsias realizadas, só 4,6% ocorreram nos CEOs, o que aponta mais uma vez que, em algumas regiões, instituições que não sejam os CEOs, já estejam consolidadas para a realização do procedimento de biópsia, se tornando referência, o que pode não ser um problema desde que o fluxo esteja bem estabelecido e que esteja excluída a possibilidade da baixa oferta desse procedimento pelos CEOs que são os principais responsáveis pelo diagnóstico do CA de boca, pela falta de recursos humanos e materiais.

Com relação às cirurgias de tratamento do CA de boca, a região Metropolitana I é extremamente relevante para o estado devendo-se considerar a ampliação e descentralização desse serviço, considerando-se os critérios de escala e escopo previstos na PNPC, o que poderia contribuir com a diminuição do tempo de espera para início do tratamento. No entanto, a cirurgia não é o único tratamento para o CA de boca, devendo-se avaliar a oferta e distribuição de outros tratamentos necessários, considerando a integralidade do cuidado.

Com relação à suficiência da oferta do procedimento de biópsia para fins diagnósticos pelos CEOs nas regiões de saúde, percebemos que apesar de todas as regiões possuírem CEOs, houve fluxo inter-regional para realização desse procedimento em hospital de referência para tratamento do câncer e hospital geral na grande maioria dos casos, o que pode explicar a concentração de fluxo para a região Metropolitana I, devido à maior concentração de hospitais especializados em tratamento do câncer. Essa região recebeu fluxo de todas as outras regiões do estado, sendo o da região Metropolitana II o de maior intensidade.

Apesar da região Metropolitana II possuir 3 CEOs, distribuídos em 3 municípios, apenas 18,1% das biópsias foram realizadas nesses centros e em 2 municípios apenas, sendo observado

um fluxo de usuários dos municípios que não possuem CEO para o município de Niterói, para realização do procedimento de biópsia no Hospital Universitário Antônio Pedro, já que no único CEO existente neste município não houve registro do procedimento no período analisado. As razões para que isso ocorra podem estar na baixa cobertura de SB na APS nessa região associada a uma quantidade pequena de CEOs nessa região, que possui a segunda maior população do estado.

Quanto ao fluxo intermunicipal para procedimento de biópsia de tecidos moles da boca para fins diagnósticos, observamos que, muitas vezes, independe da existência ou não de CEO no município de residência dos usuários, mas sim do seu desempenho com relação à oferta desse procedimento.

A presença de fluxos inter-regionais mesmo quando tenho oferta do serviço na região de saúde e a demora para início do tratamento após a confirmação do diagnóstico do CA de boca aponta para ausência de planejamento e fragmentação da linha de cuidado ao CA de boca no Estado do Rio de Janeiro.

Quanto ao papel dos laboratórios de análises anatomopatológicas, não foi possível uma análise precisa devido à falta de dados encontrada nos sistemas de informação no período analisado. Os dados coletados sobre os exames anatomopatológicos geral, ou seja, de todas as localizações de tumores, foi capaz de sugerir possíveis locais de referência para algumas regiões.

Destaca-se nesse cenário os serviços de patologia dos hospitais universitários, que realizaram um grande volume de análises anatomopatológicas no período analisado. Inclusive tem sido estimulada pela área técnica de saúde bucal da SES/RJ a sua utilização pelos municípios, considerando a qualidade e rapidez dos serviços prestados. Entretanto, é necessário uma avaliação profunda desse processo uma vez que as universidades qualificam a rede de atenção à saúde e necessitam de financiamento para a continuidade dos serviços, no quais a demanda tende a crescer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compete à Atenção Primária assumir a responsabilidade como coordenadora do cuidado atuando nas ações de promoção e prevenção ao CA de boca, assim como a detecção precoce das lesões malignas e o encaminhamento do paciente quando necessário para atenção especializada através de um serviço de referência. Para uma melhor organização da linha de cuidado ao CA de boca, há necessidade de uma maior atuação da secretaria de saúde do estado quanto a capacitação das equipes de saúde bucal na APS, capaz de conscientizar a população quanto a doença e seus fatores de risco e impactar no diagnóstico precoce.

Cabe aos CEOs realizar o diagnóstico do câncer de boca, principalmente através da coleta de biópsias de tecidos moles da boca. No entanto, não há uma meta específica para o procedimento de biópsia de tecidos moles pelos CEOs. O procedimento encontra-se inserido num conjunto de procedimentos a serem oferecidos pela Cirurgia Oral, que devem ser realizados para o recebimento de recursos financeiros federais.

Também não há um indicador específico para este procedimento e, considerando a importância da biópsia da lesão suspeita para o diagnóstico do câncer de boca, acredito que a sua produção deveria ser avaliada de forma sistemática pelos gestores de saúde de forma a investigar e reparar os fatores causais que estejam interferindo na sua oferta e que dessa forma se cumpra a integralidade do cuidado em saúde.

Foi observado no estudo uma baixa cobertura de SB na APS, que é um fator que impossibilita integralidade do cuidado em saúde e afeta o controle dos fatores de risco e o diagnóstico precoce do CA de boca, sendo essencial a ampliação da cobertura desses serviços à população.

Quanto à produção de biópsias realizada pelos CEOs a partir do encaminhamento realizado pela SB na APS, observamos que esses centros possuem um papel importante no diagnóstico do CA de boca, porém aquém da potencial oferta que temos em todo o Estado do Rio de Janeiro, o que pode estar contribuindo para um grande número de diagnósticos em estágio avançado da doença.

Sugere-se que a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro possibilite uma melhor atuação desses centros quanto a oferta da especialidade de Estomatologia e a realização do diagnóstico, ofertando e orientando a utilização de instrumentos que auxiliem os gestores de saúde locais a organizem o fluxo desses pacientes, monitorando o tempo entre o encaminhamento do paciente para a realização da biópsia de tecidos moles da boca pela ESB

da APS e o início do atendimento nos CEOs, o número de usuários que não comparecem a consulta, o tempo para a entrega dos resultados assim como sua qualidade do laboratório de referência, o tempo para o início do tratamento após a confirmação do CA de boca e outras ferramentas que auxiliem no planejamento e no estabelecimento de estratégias de oferta de ações e serviços especializados e os recursos necessários para a qualidade desses serviços.

A demora para o início do tratamento também compromete a qualidade de vida e eleva o número de óbitos, sendo necessária avaliação da necessidade de aumento das unidades de alta complexidade para tratamento do câncer de acordo com a demanda de cada região, para diminuir as filas de espera.

Um dos limites do trabalho foi a incapacidade de avaliação dos laboratórios, assim como a contribuição das universidades, no que se refere as análises dos exames anatomopatológicos devido à informalidade do processo e à insuficiência de dados públicos sobre os exames anatomopatológicos específicos para o câncer de boca. Tendo em vista a própria recomendação da área técnica de saúde bucal para a utilização dos laboratórios de patologia das universidades devido a sua qualidade e eficiência sugere-se maiores discussões com relação a inserção desses laboratórios dentro do SUS, assim como seu financiamento para uma melhor organização dos serviços de saúde.

Espera-se que o estudo possa estimular o acompanhamento do desempenho da atenção secundária na rede de cuidados ao CA de boca pelos gestores municipais e estaduais, para garantir a integralidade do cuidado em saúde e melhorar a oferta e qualidade dos serviços, garantindo agilidade no diagnóstico e início do tratamento.

Sugere-se que novas metodologias e estudos futuros abordem a avaliação das causas do baixo desempenho dos CEOs quanto à oferta de biópsias e melhor investigação dos laboratórios quanto aos exames anatomopatológicos e a atuação das universidades nesse processo.

REFERÊNCIAS

ASSIS, L. N. **Políticas de Saúde Bucal Pós-Constituinte**. 2006. 118 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

ATTY, A. T. M.; RIBEIRO, C.; MIGOWSKI, A. **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020. v. 2.

ATTY, A.T. M. *et al.* **Análise temporal e espacial do câncer de boca no estado do Rio de Janeiro de 1999 a 2018**. 2021. 168 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.896**, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei n o 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que específica. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/portaria_1399_17dez2019.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.572**, de 08 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF, 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14572.htm. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/habrj.def>. Acesso em: 03 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 03 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023d. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 03 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. **Passo a passo da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasil Sorridente. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA4Mg==>. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3** de 28, de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 03 set. 2023.

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. Brasília, DF, 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.399**, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2019b. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria_1399_17dez2019.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017c.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2018. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. **Serviços e Informações do Brasil**. A Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no País. Encontro de Saúde Bucal em Brasília. Realizado nos dias 23 e 24 de setembro de 2019. 2023e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/setembro/redes-de-atencao-a-saude-bucal-sao-tema-em-encontro-com-coordenacoes-estaduais>. Acesso em: 02 set. 2023.

CAMPANA, I. G.; GOIATO, M. C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 34, n. 1, p. 20-26, 2013.

CASOTTI, E. *et al.* Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1573-1582, 2016.

CASOTTI, E.; DE CARVALHO, C. P. M. Regulação do acesso ao tratamento do câncer de boca no estado do Rio de Janeiro. **Revista Fluminense de Odontologia**, Niterói, v. 1, n. 60, p. 75-87, 2022.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, p. 1005-1013, 2010.

CHEQUER, T. P. R.; SANTOS, A. M. Organização de Centros de Especialidades Odontológicas numa Região de Saúde na Bahia. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, e310324, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310324>.

COSTA, E. B.; CARNEIRO, J. D. B.; OLIVEIRA, A. M. G. Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 42, p. 631-645, 2018.

DANTAS, T. S. *et al.* Influence of educational level, stage, and histological type on survival of oral cancer in a Brazilian population: a retrospective study of 10 years observation. **Medicine**, Baltimore, v. 95, n. 3, e2314, 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000002314.

DE CARVALHO, C. C.; RAMOS, H. N.; PIRES, W. R. Importância da Biópsia no Diagnóstico Precoce de Carcinoma de Células Escamosas. **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 11, n. 2, p. 348-351, 2022.

DE CARVALHO, J. C.; DA ROCHA DUQUE, A. C. O papel do Cirurgião-Dentista no diagnóstico precoce do Carcinoma Espinocelular bucal The role of the dentist in the early diagnosis of oral squamous cell carcinoma. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 19555-19560, 2021.

DE CASTRO SILVA, J. T. *et al.* O Tabagismo como Fator de Risco para o Câncer Bucal: Principais Evidências e Tendências. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 5-esp., p. 724-728, 2021.

DO AMARAL, R. C. *et al.* Tendências de Mortalidade por Câncer Bucal no Brasil por Regiões e Principais Fatores de Risco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 2022.

EL-NAGGAR, A. K. (ed.). *et al.* **WHO classification of head and neck tumors**. 4.ed. Lyon: IARC Press, 2017. v. 9

FIGUEIREDO, N.; DE GÓES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2016.

FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009.

FORTUNA, R. F. P. **A média complexidade no Quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional**. 2011. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FRANÇA, M. A. S. A. *et al.* Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, e00293220, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00293220>.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 33, n. 81, p. 64-71, 2009.

FREIRE, D. E. W. G. *et al.* Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 3, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000300016>.

FREIRE, M. M. S.; ZANIN, L.; FLÓRIO, F. M. Câncer bucal: o que sabem os cirurgiões-dentistas da Baixada Litorânea-RJ?. **Revista de Odontologia da UNESP**, Marília, v. 51, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04922>.

GÓES, P. S. A. *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. supl., p. 81-89, 2012.

GUEDES, C. C. F. V.; SANTANA, R. C.; LELES, A. C. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura. **Scientia Generalis**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 165-176, 2021.

IBGE. **Cidades e Estados**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>. Acesso em: 02 set. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diagnóstico precoce do câncer de boca**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

LEAL, R. V. S.; EMMI, D. T.; ARAÚJO, M. V. A. Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. **Physis: revista de coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, e310205, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310205>.

LEITE, R. B. *et al.* A influência da associação de tabaco e álcool no câncer bucal: revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 57, p. 1-5, 2021.

LEMOS JUNIOR, C. A. Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Revista Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 67, n. 3, p.178-186, 2013.

LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G. Atenção ao câncer bucal na região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro, Brasil: fatores facilitadores e coercitivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 875-875, 2023.

LIMA, N. F.; DAMASCENO, J. S.; YAMASHITA, R. K. Abordagem odontológica ao câncer bucal: valor do conhecimento para prevenção e diagnóstico precoce desta patologia- uma revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, [s.l.], v. 2, n. 36, p. 604-617, 2022.

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

MATOS, E. M. O. *et al.* Importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 4383-4395, maio/jun. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NEVILLE, B. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NOVAES, T. S. G. *et al.* Lesão maligna em lábio: do diagnóstico ao tratamento. **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 8, n. 9, p. 506-509, 2019.

PUCCA JUNIOR, G. A. *et al.* Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. **Tempus (Brasília)**, p. 29-43, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2629>.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. **Regionalização**. Rio de Janeiro, 10 abr. 2017. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/regionalizacao>. Acesso em: 02 set. 2023.

ROSSI, T. R. A. *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, 2019.

SANT'ANA, L. G. *et al.* A importância do conhecimento dos fatores de risco e do diagnóstico precoce na prevenção do desenvolvimento do câncer bucal: uma revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, [s.l.], v. 1, n. 25, 2021.

SANTOS, G. A.; CARDOSO, E. M. F. S.; GUEDES, C. C. F. V. Fatores de risco para o câncer bucal. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 15, e100111536874, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.36874>.

SAÚDE RJ. **Assistência Ambulatorial - SIA/SUS**. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2023a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2020/05/assistencia-ambulatorial-siasus>. Acesso em: 02 set. 2023.

SAÚDE RJ. **Informação e Gestão da Informação Básica**. Cobertura da Atenção Primária. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2021a. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?at_primaria/at_primaria_cobesf.def. Acesso em: 03 ago. 2023.

SAÚDE RJ. **Informação e Gestão da Informação Básica**. Cobertura de Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2021b. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?at_primaria/at_primaria_cobesb.def. Acesso em: 03 ago. 2023.

SAÚDE RJ. **Informações de Saúde**. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2023b. Disponível em: https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?populacao/pop_populacao_pactuada.def. Acesso em: 02 set. 2023.

SAÚDE RJ. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2016. 181 p. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjMwNg%2C%2C>. Acesso em: 02 set. 2023.

SAÚDE RJ. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2020. 192 p. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDIINTY%2C>. Acesso em: 02 set. 2023.

SIDOU, R. A. S. O.; DE PAULA, M. L.; DE SOUSA ALMEIDA, J. R. Educação permanente nos centros de especialidades odontológicas de Fortaleza: uma nova visão dos processos de trabalho. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.], v. 7, n. 5, p. 45874-45888, 2021.

SOARES, E. C.; BASTOS NETO, B. C.; DE SOUZA SANTOS, L. P. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 64, n. 3, p. 192-198, 2019.

SOARES, L. S.; DA SILVA, G. G.; GUEDES, C. C. F. V. Cuidados paliativos odontológicos a pacientes com câncer bucal. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. e25312441301, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41301>.

VOLKWEIS, M. R. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 63-70, 2014.

APÊNDICE A – Cobertura da APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019

Quadro 25 - Cobertura da APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (continua)

Região de Saúde/Município	Dez/2017	Dez/2018	Dez/2019
Baía da Ilha Grande	96,4	96,3	87,1
Angra dos Reis	100,0	100,0	85,6
Mangaratiba	100,0	100,0	100,0
Paraty	75,8	74,9	80,9
Baixada Litorânea	67,9	63,6	63,8
Araruama	41,9	43,6	42,3
Armação dos Búzios	100,0	85,6	100,0
Arraial do Cabo	94,9	82,4	91,7
Cabo Frio	82,5	78,0	74,4
Casimiro de Abreu	100,0	98,6	100,0
Iguaba Grande	100,0	100,0	100,0
Rio das Ostras	52,5	47,0	48,4
São Pedro da Aldeia	66,3	60,2	59,4
Saquarema	49,4	44,6	47,2
Centro-Sul	97,8	95,9	96,5
Areal	100,0	100,0	100,0
Comendador Levy Gasparian	100,0	100,0	100,0
Engenheiro Paulo de Frontin	100,0	100,0	100,0
Mendes	100,0	100,0	100,0
Miguel Pereira	100,0	100,0	100,0
Paracambi	85,4	73,4	77,3
Paraíba do Sul	100,0	100,0	100,0
Paty do Alferes	100,0	100,0	100,0
Sapucaia	100,0	100,0	100,0
Três Rios	100,0	100,0	100,0
Vassouras	100,0	100,0	100,0
Médio Paraíba	87,2	88,1	89,2
Barra do Pirai	44,7	45,6	43,2
Barra Mansa	87,7	85,4	86,0
Itatiaia	87,4	82,1	96,1
Pinheiral	100,0	100,0	100,0
Pirai	100,0	100,0	100,0
Porto Real	100,0	100,0	100,0
Quatis	100,0	100,0	100,0

Quadro 25 - Cobertura da APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (continuação)

Região de Saúde/Município	Dez/2017	Dez/2018	Dez/2019
Rio Claro	100,0	100,0	100,0
Rio das Flores	100,0	100,0	100,0
Valença	69,9	79,0	91,4
Volta Redonda	100,0	100,0	100,0
Metropolitana I	63,9	61,2	52,3
Belford Roxo	35,4	35,6	36,5
Duque de Caxias	41,0	40,1	40,8
Itaguaí	81,7	64,6	43,4
Japeri	41,2	40,9	39,8
Magé	59,9	60,0	63,7
Mesquita	62,2	74,9	77,8
Nilópolis	100,0	100,0	100,0
Nova Iguaçu	52,9	66,2	68,1
Queimados	28,2	35,2	35,0
Rio de Janeiro	70,9	65,0	50,5
São João de Meriti	54,0	55,4	61,3
Seropédica	94,3	98,4	91,3
Metropolitana II	81,7	80,3	77,3
Itaboraí	74,1	65,8	70,4
Maricá	80,0	84,3	94,5
Niterói	76,9	73,8	75,3
Rio Bonito	100,0	100,0	100,0
São Gonçalo	84,0	83,9	74,8
Silva Jardim	100,0	100,0	100,0
Tanguá	100,0	100,0	100,0
Noroeste	91,3	93,9	78,9
Aperibé	100,0	100,0	100,0
Bom Jesus do Itabapoana	100,0	100,0	100,0
Cambuci	100,0	100,0	100,0
Cardoso Moreira	100,0	100,0	100,0
Italva	94,2	93,7	91,3
Itaocara	100,0	100,0	89,0
Itaperuna	71,5	80,6	77,5
Laje do Muriaé	100,0	100,0	0,0
Miracema	100,0	100,0	100,0
Natividade	100,0	100,0	100,0
Porciúncula	100,0	100,0	100,0
Santo Antônio de Pádua	100,0	100,0	8,1
São José de Ubá	100,0	100,0	100,0
Varre-Sai	100,0	97,7	100,0

Quadro 25 - Cobertura da APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (conclusão)

Região de Saúde/Município	Dez/2017	Dez/2018	Dez/2019
Norte	55,1	59,9	59,8
Campos dos Goytacazes	42,4	49,3	48,9
Carapebus	90,2	88,6	86,0
Conceição de Macabu	100,0	96,8	70,9
Macaé	60,6	58,3	58,2
Quissamã	100,0	100,0	100,0
São Fidélis	66,5	82,4	100,0
São Francisco de Itabapoana	61,1	86,3	88,5
São João da Barra	100,0	100,0	100,0
Serrana	63,7	67,5	63,4
Bom Jardim	91,4	90,9	88,6
Cachoeiras de Macacu	100,0	86,5	85,9
Cantagalo	100,0	100,0	100,0
Carmo	100,0	100,0	100,0
Cordeiro	100,0	100,0	94,9
Duas Barras	61,9	61,8	30,1
Guapimirim	57,1	54,5	53,0
Macuco	100,0	100,0	100,0
Nova Friburgo	45,5	55,5	47,9
Petrópolis	72,6	74,4	66,3
Santa Maria Madalena	33,8	33,9	94,4
São José do Vale do Rio Preto	100,0	100,0	100,0
São Sebastião do Alto	100,0	100,0	100,0
Sumidouro	100,0	100,0	100,0
Teresópolis	30,7	42,9	43,2
Trajano de Moraes	100,0	100,0	100,0
Total	68,8	67,3	60,9

Legenda: Atenção Primária à Saúde (APS).

Nota: Situação da base nacional em 04/04/2022, com dados até dezembro de 2020.

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2021a).

APÊNDICE B – Cobertura de saúde bucal na APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019

Quadro 26 - Cobertura de saúde bucal na APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (continua)

Região de Saúde/Município	2017/12	2018/12	2019/12
Baía da Ilha Grande	63,8	54,0	49,1
Angra dos Reis	62,4	48,4	42,7
Mangaratiba	100,0	100,0	94,4
Paraty	33,7	33,3	32,4
Baixada Litorânea	50,2	52,2	50,6
Araruama	24,5	35,1	31,5
Armação dos Búzios	76,2	100,0	100,0
Arraial do Cabo	91,8	91,1	80,2
Cabo Frio	57,9	55,5	45,8
Casimiro de Abreu	72,1	63,6	61,7
Iguaba Grande	100,0	100,0	99,4
Rio das Ostras	30,5	29,5	38,1
São Pedro da Aldeia	61,2	67,7	67,8
Saquarema	37,1	36,5	42,2
Centro-Sul	94,9	93,6	92,9
Areal	100,0	100,0	100,0
Comendador Levy Gasparian	100,0	100,0	100,0
Engenheiro Paulo de Frontin	100,0	100,0	100,0
Mendes	57,1	57,1	92,9
Miguel Pereira	100,0	100,0	74,7
Paracambi	82,1	73,4	68,6
Paraíba do Sul	100,0	100,0	100,0
Paty do Alferes	100,0	100,0	100,0
Sapucaia	100,0	100,0	100,0
Três Rios	100,0	100,0	100,0
Vassouras	100,0	100,0	100,0
Médio Paraíba	75,3	74,7	74,2
Barra do Piraí	49,1	40,8	50,0
Barra Mansa	53,8	48,4	52,2
Itatiaia	100,0	100,0	76,6
Pinheiral	86,0	100,0	100,0
Piraí	100,0	100,0	100,0
Porto Real	100,0	100,0	100,0
Quatis	75,7	100,0	97,4
Resende	100,0	100,0	89,9
Rio Claro	75,6	75,1	81,3
Rio das Flores	100,0	100,0	100,0

Quadro 26 - Cobertura de saúde bucal na APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (continuação)

Região de Saúde/Município	2017/12	2018/12	2019/12
Valença	75,8	75,6	81,5
Volta Redonda	78,7	80,5	78,7
Metropolitana I	26,9	24,3	22,1
Belford Roxo	9,6	6,8	6,9
Duque de Caxias	19,1	18,3	18,8
Itaguaí	51,4	27,9	27,8
Japeri	10,3	10,2	10,0
Magé	24,8	26,2	22,7
Mesquita	19,8	19,8	20,3
Nilópolis	34,2	34,7	33,4
Nova Iguaçu	26,8	23,9	23,8
Queimados	22,2	15,3	14,9
Rio de Janeiro	29,8	27,1	24,0
São João de Meriti	12,0	9,3	7,4
Seropédica	69,6	69,7	63,8
Metropolitana II	32,0	30,0	29,7
Itaboraí	16,8	16,1	14,3
Maricá	32,6	31,2	29,1
Niterói	17,3	20,4	19,2
Rio Bonito	94,5	69,5	92,3
São Gonçalo	36,8	33,3	32,6
Silva Jardim	100,0	100,0	100,0
Tanguá	51,4	51,0	49,6
Noroeste	86,4	86,6	78,1
Aperibé	100,0	100,0	100,0
Bom Jesus do Itabapoana	100,0	100,0	100,0
Cambuci	37,4	34,2	82,3
Cardoso Moreira	57,4	57,5	56,1
Italva	92,2	61,1	59,6
Itaocara	73,9	60,8	74,2
Itaperuna	75,5	84,6	87,6
Laje do Muriaé	100,0	100,0	40,6
Miracema	100,0	100,0	88,8
Natividade	100,0	100,0	100,0
Porciúncula	100,0	100,0	100,0
Santo Antônio de Pádua	100,0	100,0	16,3
São José de Ubá	100,0	100,0	100,0
Varre-Sai	100,0	100,0	100,0

Quadro 26 - Cobertura de saúde bucal na APS por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (conclusão)

Região de Saúde/Município	2017/12	2018/12	2019/12
Norte	59,2	58,1	47,4
Campos dos Goytacazes	64,0	61,6	47,8
Carapebus	45,1	63,6	61,7
Conceição de Macabu	80,0	72,8	77,4
Macaé	42,2	41,7	31,2
São Fidélis	76,4	59,5	46,4
São Francisco de Itabapoana	78,9	100,0	100,0
São João da Barra	100,0	100,0	100,0
Serrana	39,8	38,9	39,8
Bom Jardim	32,9	32,7	31,9
Cachoeiras de Macacu	76,3	87,0	56,9
Cantagalo	100,0	100,0	100,0
Carmo	29,5	0,0	0,0
Cordeiro	100,0	100,0	100,0
Duas Barras	60,6	60,4	72,0
Guapimirim	33,4	32,9	38,2
Macuco	63,7	100,0	100,0
Nova Friburgo	20,8	20,4	26,2
Petrópolis	46,5	43,8	50,5
Santa Maria Madalena	88,3	88,5	100,0
São José do Vale do Rio Preto	100,0	100,0	100,0
Sumidouro	27,7	27,6	25,0
Teresópolis	14,2	13,1	7,5
Trajano de Moraes	100,0	100,0	100,0
Total	36,8	34,8	32,5

Legenda: Atenção Primária à Saúde (APS).

Nota: Situação da base nacional em 04/04/2022, com dados até dezembro de 2023.

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2021b).

APÊNDICE C – Quantidade de CEOs habilitados por tipo (I, II e III), por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019

Quadro 27 - Quantidade de CEOs habilitados por tipo (I, II e III), por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (continua)

Região de Saúde/Município	2017/Dez	2018/Dez	2019/Dez
Baia da Ilha Grande	2	3	3
Angra dos reis	1	1	1
Paraty	1	1	1
Mangaratiba	-	1	1
Baixada Litorânea	5	7	7
Rio das ostras	-	1	1
Saquarema	1	1	1
São Pedro da Aldeia	1	1	1
Casimiro de Abreu	1	1	1
Iguaba Grande	1	1	1
Cabo Frio	-	1	1
Arraial do Cabo	1	1	1
Centro-Sul	5	5	5
Três rios	1	1	1
Vassouras	1	1	1
Paraíba do Sul	1	1	1
Comendador Levy Gasparian	1	1	1
Areal	1	1	1
Médio paraíba	15	15	15
Pinheiral	1	1	1
Pirai	1	1	1
Volta redonda	3	3	3
Porto Real	1	1	1
Resende	2	2	2
Valença	1	1	1
Rio das Flores	1	1	1
Barra Mansa	2	2	2
Barra do Pirai	1	1	1
Rio Claro	1	1	1
Itatiaia	1	1	1
Metropolitana I	34	34	34
Belford roxo	2	2	2
Japeri	1	1	1
Itaguaí	1	1	1
São João de Meriti	1	1	1
Seropédica	1	1	1

Quadro 27 - Quantidade de CEOs habilitados por tipo (I, II e III), por região de saúde/município no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2017, 2018 e 2019 (conclusão)

Região de Saúde/Município	2017/Dez	2018/Dez	2019/Dez
Magé	3	3	3
Duque de Caxias	3	3	3
Nova Iguaçu	1	1	1
Rio de Janeiro	18	18	18
Mesquita	1	1	1
Queimados	1	1	1
Nilópolis	1	1	1
Metropolitana II	3	3	3
Niterói	1	1	1
Maricá	1	1	1
Rio Bonito	1	1	1
Noroeste	5	7	7
Miracema	-	1	1
Natividade	1	1	1
Itaperuna	1	1	1
Aperibé	-	1	1
Bom Jesus do Itabapoana	1	1	1
Santo Antônio de Pádua	1	1	1
Porciúncula	1	1	1
Norte	1	2	2
Campos dos Goytacazes	-	1	1
Macaé	1	1	1
Serrana	5	5	6
São José do Vale do Rio Preto	1	1	1
Petrópolis	2	2	2
Cachoeiras de Macacu	1	1	1
Bom Jardim	1	1	1
Teresópolis	-	-	1
Total	75	81	82

Legenda: Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Nota: Dados coletados no dia 16 de maio de 2023.

Fonte: adaptado de Brasil (2023b).

APÊNDICE D – Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde/município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Quadro 28 - Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde/município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019 (continua)

Região de saúde/Município	Estabelecimento de Saúde	Tipo de estabelecimento	Quantidade	Total
Baía da Ilha Grande				
Angra dos Reis	CENTRO ODONTOLÓGICO JAPUIBA	CEO	9	9
Mangaratiba	CEO DE MANGARATIBA	CEO	4	4
	HOSPITAL MUNICIPAL VICTOR DE SOUZA BREVES	HOSPITAL GERAL	16	16
Médio Paraíba				
Barra Mansa	CENTRO DE SAÚDE ORAL	CEO	31	31
Barra do Pirai	CEO	CEO	19	19
Pinheiral	CEO	CEO	29	29
Pirai	CEO DE PIRAI	CEO	59	59
Porto Real	CEO	CEO	10	10
Resende	HOSPITAL MUNICIPAL HENRIQUE SERGIO GREGORI	HOSPITAL GERAL	3	3
	CENTRO ODONTOLÓGICO MUNICIPAL	CEO	28	28
Rio Claro	CEO	CEO	5	5
Valença	HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	HOSPITAL GERAL	17	17
Volta Redonda	CEO J TIRADENTES VER JOSE ISRAEL DOS ANJOS CLIN ESP ODONT	CEO	1	1
	HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	HOSPITAL GERAL	167	167
	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO João BATISTA	HOSPITAL GERAL	9	9
Noroeste				
Bom Jesus do Itabapoana	CEO BOM JESUS	CEO	9	9
Itaperuna	CEO	CEO	19	19
	HOSPITAL SÃO JOSE DO AVAI	UNACON C/ RADIOT.	32	32
Porciúncula	CEO TIPO II	CEO	2	2
Santo Antônio de Pádua	CEO SANTO ANTONIO DE PADUA	CEO	2	2
Baixada Litorânea				
Cabo Frio	CEO	CEO	16	16
	HOSPITAL SANTA IZABEL	UNACON	1	1
Casimiro de Abreu	CEO CASIMIRO DE ABREU	CEO	2	2
Iguaba Grande	CEO DE IGUABA GRANDE	CEO	1	1
Rio das Ostras	CEO RIO DAS OSTRAS	CEO	7	7
Saquarema	POLICLÍNICA MUNICIPAL PREFEITO CARLOS CAMPOS DA SILVEIRA	POLICLÍNICA	16	16
São Pedro da Aldeia	POLICLÍNICA MUNICIPAL	POLICLÍNICA	1	1

Quadro 28 - Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde/município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

(continuação)

Região de saúde/Município	Estabelecimento de Saúde	Tipo de estabelecimento	Quantidade	Total
Serrana				
Cachoeiras de Macacu	CEO DE CACHOEIRAS DE MACACU	CEO	9	9
Guapimirim	CEO JOÃO ARRUDA	CEO	4	4
	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE RABELLO DE MELLO	HOSPITAL GERAL	2	2
Petrópolis	AMBULATORIO ESCOLA	POLICLÍNICA	3	3
	CEO PASTOR EDELTO BARRETO ANTUNES	CEO	22	22
	CENTRO DE ODONTOLOGIA - 2275538	CEO	34	34
São José do Vale do Rio Preto	CEO	CEO	38	38
	HOSPITAL MATERNIDADE SANTA THERESINHA	HOSPITAL GERAL	1	1
	POLICLÍNICA MUNICIPAL	POLICLÍNICA	19	19
Teresópolis	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS	HOSPITAL GERAL	1	1
Teresópolis	HOSPITAL SÃO JOSÉ	UNACON	1	1
Norte				
Campos dos Goytacazes	CEO	CEO	64	64
	HOSPITAL DR BEDA	UNACON C/ RADIOT.	1	1
	HOSPITAL GERAL DE GUARUS	HOSPITAL GERAL	1	1
	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS	H.L GERAL	1	1
Macaé	CEO	CEO	186	186
Quissamã	CENTRO DE SAÚDE BENEDITO PINTO DAS CHAGAS	POLICLÍNICA	22	22
Metropolitana I				
Itaguaí	CEO	CEO	79	79
	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO FRANCISCO XAVIER	HOSPITAL GERAL	2	2
Queimados	CEO	CEO	10	10
Japeri	CEO DE JAPERI	CEO	19	19
	CEO ENGENHEIRO PEDREIRA	POLICLÍNICA	4	4
Magé	CEO MAGÉ	CEO	9	9
	CEO PIABETÁ	U.A.D.T	2	2
Nova Iguaçu	HGNI – HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	HOSPITAL GERAL	5	5
Rio de Janeiro	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	CACON	29	29
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE E GUINLE	UNACON	4	5
	Metropolitana I Metropolitana II		1	
	MS HOSPITAL DE IPANEMA		15	16
	Metro I Norte			

Quadro 28 - Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde/município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

(continuação)

Região de saúde/Município	Estabelecimento de Saúde	Tipo de estabelecimento	Quantidade	Total
Rio de Janeiro	MS INCA HOSPITAL DO CÂNCER I	CACON		289
	Baía da Ilha Grande		5	
	Baixada Litorânea		15	
	Centro Sul		6	
	Médio Paraíba		14	
	Metropolitana I		205	
	Metropolitana II		26	
	Noroeste		1	
	Norte		4	
	Serrana		11	
	Fora do Estado do Rio de Janeiro		2	
	POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO	H. GERAL		284
	Baía da Ilha Grande		4	
	Baixada Litorânea		1	
	Metropolitana I		273	
	Metropolitana II		4	
	Norte		1	
	Serrana		1	
	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	HOSPITAL GERAL		48
	SMS CF RINALDO DE LAMARE AP 21	UBS		33
	SMS CMR ENG DENTRO AP 32	CEO		69
	Metropolitana I		68	
	Baixada Litorânea		1	
	SMS CMR OSCAR CLARK AP 22	CEO		51
	Metropolitana I		50	
	Metropolitana II		1	
	SMS CMS ALBERTO BORGERTH AP 33	UBS		197
	SMS CMS BELIZARIO PENNA AP 52	UBS		197
	SMS CMS OSWALDO CRUZ AP 10	UBS		233
Metropolitana I		218		
Metropolitana II		13		
Fora do Estado		2		
SMS HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES AP33 -	HOSPITAL GERAL		1	
SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO AP 32	HOSPITAL GERAL		10	
SMS POLICLÍNICA ANTONIO RIBEIRO NETTO AP 10	POLICLÍNICA		182	
Metropolitana I		178		
Metropolitana II		4		
SMS POLICLÍNICA CARLOS ALBERTO NASCIMENTO AP 52	POLICLÍNICA		184	
SMS POLICLÍNICA JOSE PARANHOS FONTENELLE AP 31	POLICLÍNICA		207	
SMS POLICLÍNICA LINCOLN DE FREITAS FILHO AP 53	POLICLÍNICA		268	
SMS POLICLÍNICA MANOEL GUILHERME PAM BANGU AP 51	POLICLÍNICA		238	
SMS POLICLÍNICA NEWTON ALVES CARDOZO AP 31	POLICLÍNICA		98	

Quadro 28 - Produção de biópsias de tecidos moles da boca por região de saúde/município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

(conclusão)

Região de saúde/Município	Estabelecimento de Saúde	Tipo de estabelecimento	Quantidade	Total
Rio de Janeiro	SMS POLICLÍNICA NEWTON BETHLEM AP 40 Metropolitana I Fora do Estado	POLICLÍNICA	50 1	51
	SMS POLICLÍNICA RODOLPHO ROCCO AP 32	POLICLÍNICA	27	27
	SMS RIO HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA MAIA AP21	HOSPITAL GERAL	2	2
	UERJ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO	UNACON C/ RADIOT.	45	45
Seropédica	SEROPÉDICA CEO II	CEO	8	8
São João de Meriti	CEO ANIBAL VIRIATO DE AZEVEDO -	CEO	32	32
Metropolitana II				
Maricá	CEO	CEO	6	6
Niterói	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO Baixada Litorânea Metropolitana I Metropolitana II	HOSPITAL GERAL	2 5 115	122
Rio Bonito	CEO RIO BONITO	CEO	21	21
Centro Sul				
Paraíba do Sul	POLICLÍNICA DR HENRIQUE BASTOS FILHO	POLICLÍNICA	20	20
Três Rios	CEO TRES RIOS Centro Sul Fora do Estado	CEO	8 1	9
Vassouras	CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA	CEO	74	74
	HUV HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VASSOURAS Centro Sul Médio Paraíba Metropolitana I	UNACON C/ RADIOT.	19 1 1	21

Legenda: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Ministério da Saúde (MS); Instituto Nacional do Câncer (INCA); Secretaria Estadual de Saúde (SES); Rio de Janeiro (RJ); Centro Municipal de Saúde (CMS); Centro Municipal de Reabilitação (CMR); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Clínica da Família (CF); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).

APÊNDICE E – Quantidade de exames anatomopatológicos geral por Região de Saúde/Município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

Quadro 29 - Quantidade de exames anatomopatológicos geral por Região de Saúde/Município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

(continua)

Região de Saúde / Município	Estabelecimento	Quantidade	Total
Baía da Ilha Grande			
Angra dos Reis	CENTRO DE DIAGNÓSTICO BIOMEDICO (CDB)	179	1157
	HOSPITAL DE PRAIA BRAVA	106	
	HOSPITAL E MATERNIDADE DE ANGRA DOS REIS (HMAR)	154	
	LABORATÓRIO ANGRALAB	701	
	SERVICO DE PRONTO ATENDIMENTO DO PARQUE MAMBUCABA	17	
Baixada Litorânea			
Araruama	LABORATÓRIO ARARUAMA	9563	9563
Centro Sul			
Três Rios	LABORATÓRIO TINOCO	10300	10302
Vassouras	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VASSOURAS (HUV)	2	
Médio Paraíba			
Barra Mansa	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA	4740	36674
Barra do Pirai	CASA DE CARIDADE SANTA RITA	1824	
Valença	HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	11111	
Volta Redonda	HINJA	2490	
	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOÃO BATISTA	4260	
	LABORATÓRIO DR FALCÃO	7589	
Pirai	HOSPITAL FLAVIO LEAL	3145	
Porto Real	HOSPITAL GERAL MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	14	
Resende	FALCÃO MEDICINA LABORATORIAL	1501	
Metropolitana I			
Duque de Caxias	CDL CENTRO DE DIAG LABORATÓRIO DE IMBARIE	5115	221539
	HOSPITAL MUNICIPAL ADAO PEREIRA NUNES	2876	
Nova Iguaçu	AAS	50001	
	LABORATÓRIO TERRA PEREIRA	998	
Rio de Janeiro	HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE	5	
	HOSPITAL MARIO KROEFF	6091	
	HOSPITAL SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS	3	
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	17437	
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE	6677	
	IFF FIOCRUZ	562	
	MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	4028	
	MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	105599	
	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CÂNCER E CIR INFANTIL	52	
	SES RJ I INST EST DIABET ENDOCRINOLOGIA IEDE	159	

Quadro 29 - Quantidade de exames anatomopatológicos geral por Região de Saúde/Município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

(continuação)

Região de Saúde / Município	Estabelecimento	Quantidade	Total
Rio de Janeiro	SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	2	
	SMS CF ADIB JATENE AP 31	9	
	SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS AP 31	37	
	SMS CF AMELIA DOS SANTOS FERREIRA AP 32	4	
	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA AP 33	1	
	SMS CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA AP 32	5	
	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA AP 51	2	
	SMS CF ASSIS VALENTE AP 31	32	
	SMS CF BARBARA STARFIELD AP 32	4	
	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR AP 33	4	
	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO AP 32	2	
	SMS CF ENFERMEIRA EDMA VALADAO AP 33	1	
	SMS CF ESTACIO DE SA AP 10	1	
	SMS CF ESTIVADORES AP 10	1	
	SMS CF FAIM PEDRO AP 51	1	
	SMS CF FELIPPE CARDOSO AP 31	29	
	SMS CF JOAOSINHO TRINTA AP 31	3	
	SMS CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA AP 33	1	
	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA AP 32	1	
	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA AP 33	51	
	SMS CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA AP 31	37	
	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	3	
	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	8	
	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA AP 31	2	
	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA AP 51	1	
	SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN AP 32	11	
	SMS CF SERGIO VIEIRA DE MELLO AP 10	10	
	SMS CF SOUZA MARQUES AP 33	139	
	SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA AP 31	1	
	SMS CF WILMA COSTA AP 31	10	
	SMS CF WILSON MELLO SANTOS ZICO AP 51	1	
	SMS CF ZILDA ARNS AP 31	73	
	SMS CMR ENG DENTRO AP 32	9	
	SMS CMS ALEXANDER FLEMING AP 51	1	
	SMS CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES AP 32	1	
	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA AP 51	1	
	SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO AP 32	5	
	SMS CMS DR EITHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA AP 51	1	
	SMS CMS ERNANI AGRICOLA AP 10	3	
	SMS CMS HENRIQUE MONAT AP 51	13	
SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS AP 31	2		
SMS CMS JOSE MESSIAS DO CARMO AP 10	2		

Quadro 29 - Quantidade de exames anatomopatológicos geral por Região de Saúde/Município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019

(continuação)

Região de Saúde / Município	Estabelecimento	Quantidade	Total
Rio de Janeiro	SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA AP 31	1	
	SMS CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN AP 31	31	
	SMS CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA AP 33	2	
	SMS CMS MASÃO GOTO AP 51	1	
	SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO AP 32 -	1	
	SMS CMS RENATO ROCCO AP 32	25	
	SMS CMS RODOLPHO ROCCO AP 32	4	
	SMS CMS SALLES NETTO AP 10	20	
	SMS CMS WALDYR FRANCO AP 51	1	
	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32 -	312	
	SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO AP 32 -	6714	
	SMS MATER MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA AP 10	6	
	SMS POLICLÍNICA JOSE PARANHOS FONTENELLE AP 31	11	
	SMS POLICLÍNICA MANOEL GUILHERME PAM BANGU AP 51	7	
	SMS POLICLÍNICA NEWTON ALVES CARDOZO AP 31	299	
	SMS POLICLÍNICA RODOLPHO ROCCO AP 32	75	
	UERJ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO	13388	
	UFRJ INSTITUTO DE GINECOLOGIA	508	
Metropolitana II			
Itaboraí	LABORATÓRIO SÃO JOÃO BATISTA	3466	117188
Maricá	BLESSING	5379	
	VALLAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA	235	
Niterói	HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	1219	
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO	35477	
	LABORATÓRIO DOM BOSCO	2025	
	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	88	
Rio Bonito	ANALISA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	621	
	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	1312	
	LABORATÓRIO ANATOMY FILIAL RIO BONITO	743	
São Gonçalo	LABORATÓRIO MIGUEZ	12085	
	LABORATÓRIO S MIGUEZ	54538	
Noroeste			
Itaperuna	HOSPITAL SÃO JOSE DO AVAI	4316	6390
	LABORATÓRIO CIPA	2074	
Norte			
Campos dos Goytacazes	HOSPITAL DR BEDA	8651	37574
	HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	25675	
	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPOS -	1149	
	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS	1721	
Macaé	HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM	131	
São Fidélis	HOSPITAL ARMANDO VIDAL	247	

Quadro 29 - Quantidade de exames anatomopatológicos geral por Região de Saúde/Município por estabelecimento no Estado do Rio de Janeiro no período de 2017 a 2019
(conclusão)

Região de Saúde / Município	Estabelecimento	Quantidade	Total
Serrana			
Nova Friburgo	HOSPITAL MUNICIPAL RAUL SERTA	459	11696
Petrópolis	CENTRO DE ODONTOLOGIA	36	
	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	6699	
São José do Vale do Rio Preto	POLICLÍNICA MUNICIPAL	1	
Teresópolis	CENTRO DE PATOLOGIA DE TERESÓPOLIS	7	
	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS	2044	
	HOSPITAL SÃO JOSÉ	2450	
Total			452083

Legenda: Associação Anjos da Saúde (AAS); Instituto Fernandes Figueira (IFF); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Ministério da Saúde (MS); Instituto Nacional do Câncer (INCA); Secretaria Estadual de Saúde (SES); Rio de Janeiro (RJ); Centro Municipal de Saúde (CMS); Centro Municipal de Reabilitação (CMR); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Clínica da Família (CF); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Fonte: adaptado de Saúde RJ (2023a).