

Acesso às ações e serviços de saúde bucal e realização da consulta odontológica: análise situacional e econômica entre as regiões e estados do Brasil

Dental services access and realization of the dental visits: evaluation among regions and states in Brazil

Acesso às ações e serviços de saúde bucal: estudo ecológico

Artigo Original

Fábio Solon Tajra

Cirurgião-dentista. Mestre mestrado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral (2010). Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde pela Associação Brasileira de Odontologia – Seção Ceará. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Auditor Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Sobral. Professor do curso de nutrição das Faculdades INTA no município de Sobral, Ceará. E-mail: fabioludus@gmail.com

Angelo Brito Rodrigues

Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (2010). Colaborador do LABSUS da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Professor Auxiliar I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – *Campus* Amilcar Ferreira Sobral. E-mail: gelobrito25@gmail.com

Rosana Solon Tajra

Cirurgião-dentista. Mestre em Gestão e Modernização Pública pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e Universidade Internacional de Lisboa (2005). Colaborador da Pró-reitoria de Extensão da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Professora Efetiva do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú no município de Sobral, Ceará. E-mail: rosanatajra@gmail.com

Edson Holanda Teixeira

Cirurgião-dentista. Doutor em Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará – UFC - Professor efetivo de Imunologia do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. Especialista em Gestão de Sistemas e Saúde pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: edsonlec@gmail.com

Andrea Silvia Walter de Aguiar

Cirurgião-dentista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2001) e doutora em Odontologia - área de concentração Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco - Universidade de Pernambuco (2006). Professora Adjunto II da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (UFC) nas áreas de Emergências e Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Acadêmico Saúde da Família UFC/Sobral e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Saúde da Família UFC/Renasf. E-mail: aswaguiar@gmail.com

Autor Responsável:

Fábio Solon Tajra

End.: Rua Afonso Magalhães, Nº 782, apto 103, bloco B, Derby Clube, CEP 62042-210, Sobral-Ceará

Fax: (88) 3611-6971

E-mail: fabioludus@gmail.com

Fonte Financiadora da pesquisa: pesquisa sem financiamento

RESUMO

Em se tratando do arranjo institucional e na agenda da política brasileira nas últimas três décadas, houve mudança marcante neste cenário. No âmbito da Saúde Bucal, houve mudanças substanciais no que diz respeito às novas diretrizes nacionais a partir da consolidação do movimento de reforma sanitária. Nos últimos 24 anos, desde a criação do SUS, a inserção da saúde bucal na agenda pública tem sido caracterizada por conquistas e conflitos, em todas as esferas de governo. Contudo, todas estas situações permitiram a construção dessa política pública no plano nacional. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, longitudinal realizado a partir de dados secundários relacionados à saúde bucal nas regiões e estados do Brasil. Acreditamos que o impacto foi significativo. Contudo, vale ressaltar que a redução do percentual populacional que nunca teve acesso ao cirurgião-dentista não esteve coerente com o crescimento populacional. Isso se justifica pelo fato de que, no período entre 1998 e 2008, considerando a média nacional, houve uma redução de 8% do percentual populacional que nunca teve acesso ao cirurgião-dentista em contraposição ao crescimento populacional de 18,81%. Isso pode ser observado na maioria das regiões e estados brasileiros. Sendo assim, percebemos que há, ainda, grandes conquistas a serem efetivadas, uma vez que não é somente a implantação de novas ESB que poderá agregar melhores resultados. É indispensável o apoio interdisciplinar e intersetorial, já que a dinâmica populacional exige este tipo de envolvimento.

DESCRIPTORIOS: gestão em saúde; saúde bucal; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

In terms of institutional arrangement and the agenda of Brazilian politics in the last three decades, there has been marked change in this scenario. Within the Oral Health, there were substantial changes with respect to new guidelines from the national consolidation of health reform movement. Over the past 24 years, since the creation of the SUS, the inclusion of oral health on the public agenda has been characterized by conflicts and achievements in all spheres of government. However, all these situations allowed the construction of this public policy at the national level. This is an ecological study, retrospective, longitudinal conducted from secondary data related to oral health in the regions and states of Brazil. We believe that the impact is significant. However, it is noteworthy that the reduction in population percentage who never had access to the dentist was not consistent with the population growth. This is justified by the fact that in the period between 1998 and 2008, whereas the national average, a reduction of 8% of the population percentage that never had access to the dentist as opposed to population growth of 18.81%. This can be observed in most regions and states. Thus, we see that there are still great achievements to be effected, since it is not only the deployment of new ESB that can add better results. It is essential to support interdisciplinary and intersectoral, since the population dynamics requires this type of involvement.

KEY-WORDS: Health Management; Oral health; health services accessibility.

Acesso às ações e serviços de saúde bucal e realização da consulta odontológica: análise situacional e econômica entre as regiões e estados do Brasil

INTRODUÇÃO

No Brasil, a extensa faixa territorial aliada ao crescimento populacional que o país vivenciou nos últimos tempos e a sua diversidade sócio-econômico-cultural sugerem desigualdades quanto ao acesso e utilização das ações e serviços de saúde. Sabemos que isso não se dá de forma equilibrada entre todas as áreas da saúde, contudo, questiona-se: qual o padrão de acesso e realização da última consulta odontológica nas diversas regiões e estados do país? Além disso, poderíamos pontuar: o aumento no percentual populacional que teve acesso ao dentista esteve coerente com o crescimento populacional, o investimento em saúde bucal e a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB)?

Em se tratando do arranjo institucional e da agenda da política brasileira nas últimas três décadas, houve mudança marcante neste cenário. Este período de transição democrática e reforma social foi marcado por intensa incorporação de inovações também no campo da saúde. Isso possibilitou a discussão acerca das condições de acesso e utilização dos bens públicos (Travassos; Oliveira & Viacava, 2006; Costa, 1996).

A mudança desse padrão histórico de ação governamental no campo sanitário demandaria do Estado uma série de compromissos. Dentre eles, podemos fazer um destaque a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciassem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população; financiamento de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário; descentralização dos serviços de saúde; normalização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente, público ou privado (Costa, 2002). Assim, seria desenvolvido o cenário de atuação para os gestores deste novo modelo de atenção à saúde.

Neste contexto, o país investiu, por meio da Constituição de 1988 e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como das Leis Orgânicas da Saúde (Lei Nº 8.080/90 e Lei Nº 8.142/90), em princípios como a universalidade, equidade e integralidade. Estas conquistas que a sociedade brasileira vivenciou foram resultado de um processo de ampla mobilização e debate, promovidos, primeiramente, por ativistas do movimento de reforma sanitária e, posteriormente, por diversos segmentos da sociedade.

As propostas deste movimento reformista refletiam os anseios por um novo modelo de atenção à saúde idealizado para o país, contraposto às políticas fragmentárias, centradas na doença e no atendimento hospitalar. Até então, os serviços de saúde estavam concentrados nos grandes centros urbanos e apenas uma parcela da população tinha acesso garantido. Aos demais, trabalhadores não-formais, restavam o pagamento direto ao prestador de serviço ou a caridade, objeto das entidades religiosas (Gottems & Pires, 2009).

Diante dessa nova realidade, a lógica passaria a ser a de assegurar a todos igualmente o acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, satisfazendo as necessidades plenas do indivíduo. Desta forma, seriam traçados princípios diferenciados como o da universalidade, por exemplo. Ao SUS caberia o desafio de elaborar estratégias para a efetivação deste novo padrão.

Quando se fala em universalidade, remetemos a titularidade de direito, previsto no art. 196 da constituição brasileira e no art. 7º, I da Lei 8.080/90. Trata-se do acesso às ações e serviços de saúde como um direito de todos e veda o estabelecimento de pré-requerimento ou discriminações para a sua fruição (Oliveira, 2010).

Mais recentemente, o Decreto Nº 7.508/2011 esta temática esteve fortalecida, uma vez que objetivou garantir o acesso ampliado à saúde como novo modelo de gestão do SUS. É importante mencionar que esta normatização foi construída a partir de diálogo com os estados (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), os municípios (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), e passou a regulamentar a Lei Orgânica da Saúde,

que entrou em vigor em 1990. Nesta oportunidade, o acesso às ações e serviços de saúde foi entendido no seu aspecto macro, uma vez que trouxe a temática de organização por meio de Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2011).

No âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que “são necessárias reformas constantes na máquina pública de modo a garantir que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente por meio do progresso do acesso universal e da proteção social da saúde” (OMS, 2008, p.16). Para a OMS, a cobertura universal constitui alicerce imprescindível, quando se trata de proteção social da saúde.

Em linhas gerais, o conceito de acesso às ações e serviços de saúde é assunto de grande discussão. Segundo Travassos & Martins (2012), há diferenças marcantes entre a terminologia ‘uso’ e ‘acesso’. Para estes autores, o conceito de ‘uso’ estaria relacionado com o todo contato direto, por meio de consultas e procedimentos, ou indireto, por meio de ações e serviços de saúde relacionados a prevenção e ao diagnóstico. Desta forma, o processo de utilização dos serviços de saúde seria resultante da interação entre os usuários e profissionais de saúde, respeitando o tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e a proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação). Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde poderiam ser relacionados, ainda, à diversos fatores, a saber: necessidade de saúde; perfil dos usuários e prestadores de serviços; organização dos serviços disponíveis; e, organização política. A definição de ‘acesso’ partiria de um ponto de vista mais complexo. Aqui, o acesso deveria ser apresentado como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.

Segundo Sanchez & Ciconelli (2012), a definição de acesso deverá estar calcada em quatro elementos principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Desta forma, cada vez mais, este conceito se confundiria com a terminologia relacionada à equidade em saúde. Contudo, há consenso quanto ao problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, uma vez que demanda ações intersetoriais e transversais associadas a todas as áreas de governo. Desta forma, muito mais do que ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde, seria necessária a atuação junto aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) na perspectiva de melhoria do estilo de vida dos indivíduos, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, redes sociais e comunitárias e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (Sanchez & Ciconelli, 2012; Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Em se tratando da Saúde Bucal, houve mudanças substanciais no que diz respeito às novas diretrizes nacionais a partir da consolidação do movimento de reforma sanitária. Nos últimos 24 anos, desde a criação do SUS, a inserção da saúde bucal na agenda pública tem sido caracterizada por conquistas e conflitos, em todas as esferas de governo. Contudo, todas estas situações permitiram a construção dessa política pública no plano nacional (Frazão & Narvai, 2009).

Historicamente, no Brasil, a atenção à saúde bucal na rede pública foi construída se restringido quase que completamente aos serviços básicos. Ao longo da história de políticas públicas no país, era registrada baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária. Tal fato comprometia, em consequência, a harmonia entre os sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (Brasil, 2004).

Esse processo teve como marcos relevantes a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o lançamento da política intitulada Brasil Sorridente. Aliado a isso, o país inteiro passou por um processo de ampliação da cobertura assistencial odontológica que oportunizou o acesso à população a este tipo de serviço.

No Ceará, por exemplo, além da incorporação desta política, foram agregadas outras estratégias como o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde que estruturou 21 Centros de Especialidades Odontológicas em todo o território. Isso repercutiu no contato da população com as ações e serviços especializados em saúde bucal e gerou a necessidade de articulação entre os diversos pontos de atenção existentes (IPECE, 2011).

Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar o acesso às ações e serviços de saúde bucal entre a população, segundo as regiões e estados do Brasil, a partir da realização da última consulta odontológica. Aliado ao aspecto situacional, foi investigada a evolução da Política Nacional de Saúde Bucal e o investimento financeiro destinada à sua operacionalização.

CAMINHO METODOLÓGICO

Este é um estudo ecológico, retrospectivo, longitudinal realizado a partir de dados secundários relacionados à saúde bucal nas regiões e estados do Brasil. Em se tratando de um estudo ecológico, é importante mencionar que neste tipo de estudo são realizadas comparações acerca da ocorrência da doença / condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo). Isso se justifica pela necessidade de verificar a possível existência de associação entre estes critérios. Contudo, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas sim em coletividades (Medronho, 2009).

Vale ressaltar que, a utilização de correlações ecológicas não dispensa a possibilidade do viés ecológico como uma limitação para o uso. Este tipo de viés – ou falácia ecológica – é possível porque uma associação observada entre agregados não significa, obrigatoriamente, que a mesma associação ocorra em nível de indivíduos.

Durante a coleta de dados foram utilizadas as informações disponíveis nas bases eletrônicas relevantes para a pesquisa científica em saúde, a saber: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento da Atenção Básica (MS/SAS/DAB), Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD e Sala de Apoio à Gestão Estratégica.

Dentre os critérios observados, foram investigados: população total; número de municípios com Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantadas; modalidade das ESB implantadas; distribuição da população segundo tempo de realização da última consulta odontológica e investimento financeiro para subsidiar esta política. Todas estas informações corresponderam aos anos de 1998, 2003 e 2008, na tentativa de explicitar a evolução da Política Nacional de Saúde Bucal e intercalar momentos relevantes na sua trajetória.

No que diz respeito à distribuição da população segundo tempo de realização da última consulta odontológica, foram considerados duas situações: percentual populacional com acesso ao serviço odontológico nos últimos 12 meses e percentual populacional que nunca teve acesso ao serviço odontológico. Estes dados estavam disponíveis na base de dados da RIPSA com o objetivo de contribuir para avaliar na adequação da produção de consultas odontológicas em relação às necessidades da população; analisar variações geográficas e temporais no acesso a consulta odontológicas, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; e, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde bucal.

RESULTADOS

Os primeiros resultados revelam o quantitativo populacional e o seu crescimento, segundo as regiões e estados do Brasil. Para isso, foram considerados três marcos históricos diferentes: 1998, 2003 e 2008 (tabela 1). A partir disso, foi possível observar que o país passou por um crescimento populacional significativo.

De acordo com o IBGE, em 1998, a população registrada era de 158.408.951 pessoas. Dentre as regiões com maior quantitativo populacional, podemos destacar o sudeste com 68.065.957 pessoas. Isso representava 42,96% de toda a população brasileira. Só o estado de São Paulo era responsável por 21,93% do total da população brasileira e 51,05% do total da população de toda a região sudeste.

Logo em seguida, a região nordeste se destacava com 28,61% da população brasileira. O restante estava relacionado a população das regiões sul, centro-oeste e norte, com o menor quantitativo populacional, apesar de sua extensa faixa territorial. Dentre os estados com menor percentual populacional de todas as regiões, podemos citar o Acre com 0,16%.

Tabela 1: Registro do quantitativo populacional e crescimento populacional, por ano, segundo as regiões e estados do Brasil, 1998, 2003 e 2008.

Ano	1998	2003	2008		
Região	Pop	Pop	Cresc. Pop. comparado a 1998 (%)	Pop	Cresc. Pop. comparado a 1998 (%)
Brasil	158.408.951	173.616.668	9,6	188.206.105	18,81
Norte	10.376.696	13.005.208	25,33	15.591.792	50,26
Rondônia	1.255.522	1.425.804	13,53	1.615.745	28,69
Acre	500.185	583.795	16,72	745.676	49,08
Amazonas	1.230.301	2.496.411	102,91	3.360.070	173,11
Roraima	254.499	344.463	35,35	437.556	71,93
Pará	5.653.520	6.441.184	13,93	7.413.901	31,14
Amapá	401.916	512.067	27,41	634.579	57,89
Tocantins	1.080.753	1.201.484	11,17	1.384.265	28,08
Nordeste	45.334.385	48.716.632	7,46	52.121.727	14,97
Maranhão	5.295.452	5.785.035	9,25	6.417.023	21,18
Piauí	2.695.876	2.891.920	7,27	3.087.476	14,53
Ceará	6.920.292	7.627.806	10,22	8.237.855	19,04
Rio Grande do Norte	2.594.340	2.843.399	9,60	3.080.410	18,74
Paraíba	3.331.673	3.488.318	4,70	3.645.190	9,41
Pernambuco	7.466.773	8.065.552	8,02	8.555.801	14,58
Alagoas	2.663.071	2.879.809	8,14	3.066.720	15,15
Sergipe	1.657.164	1.838.855	10,96	2.012.710	21,46
Bahia	12.709.744	13.295.938	4,61	14.018.542	10,30
Sudeste	68.065.957	74.203.284	9,02	79.633.696	16,99
Minas Gerais	16.904.977	18.289.412	8,19	19.520.171	15,47
Espírito Santo	2.853.098	3.190.046	11,81	3.472.080	21,70
Rio de Janeiro	13.555.657	14.682.993	8,42	15.567.373	14,84
São Paulo	34.752.225	38.040.833	9,46	41.074.072	18,19
Sul	23.862.664	25.664.006	7,55	27.357.275	14,64
Paraná	9.142.215	9.772.182	6,89	10.413.603	13,91
Santa Catarina	4.958.339	5.507.964	11,08	5.964.676	20,30
Rio Grande do Sul	9.762.110	10.383.860	6,37	10.978.996	12,47
Centro-Oeste	10.769.249	12.027.538	11,68	13.501.615	25,37
Mato Grosso do Sul	1.964.603	2.133.227	8,58	2.351.608	19,70
Mato Grosso	2.287.846	2.593.703	13,37	2.996.939	30,99
Goiás	4.639.785	5.186.867	11,79	5.768.070	24,32
Distrito Federal	1.877.015	2.113.741	12,61	2.384.998	27,06

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Ao considerar outros dois recortes temporais, podemos dizer que a região Norte passou por um maior crescimento populacional, quando comparado ao crescimento das outras regiões. Em

2003, foi registrado um crescimento de 25,33%, quando comparada a população total registrada em 1998. Esse aumento, foi ainda maior em 2008, quando foi registrado um aumento de 50,26%, considerando o primeiro recorte de tempo. Na região Sudeste, o crescimento também foi significativo, uma vez que já havia sido registrado o maior quantitativo populacional do país. O crescimento foi de 9,02 e 16,99% em 2003 e 2008, respectivamente. Vale ressaltar que, o crescimento populacional de pouco mais de 6 milhões entre os anos de 1998 e 2003 nesta região, já foi superior ao crescimento de toda a população da região Norte, considerando todo o período investigado, 1998 à 2008.

Tabela 2: Registro do quantitativo de municípios com ESB implantada, por ano, segundo as regiões e estados do Brasil, 1998, 2003 e 2008.

Região	Total de municípios	Municípios com ESB em 1998		Municípios com ESB em 2003		Municípios com ESB em 2008	
		N	%	N	%	N	%
Brasil	11.130	-	-	5.112	45,3	8.986	80,73
Norte	449	-	-	183	40,76	384	85,52
Rondônia	52	-	-	21	40,38	42	80,77
Acre	22	-	-	11	50,00	21	95,45
Amazonas	62	-	-	23	37,10	53	85,48
Roraima	15	-	-	8	53,33	13	86,67
Pará	143	-	-	21	14,69	108	75,52
Amapá	16	-	-	2	12,50	16	100,00
Tocantins	139	-	-	97	69,78	131	94,24
Nordeste	1.794	-	-	1.100	61,32	1.690	94,20
Maranhão	217	-	-	81	37,33	208	95,85
Piauí	224	-	-	205	91,52	222	99,11
Ceará	184	-	-	163	88,59	182	98,91
Rio Grande do Norte	167	-	-	133	79,64	165	98,80
Paraíba	223	-	-	193	86,55	220	98,65
Pernambuco	185	-	-	73	39,46	175	94,59
Alagoas	102	-	-	85	83,33	102	100,00
Sergipe	75	-	-	48	64,00	72	96,00
Bahia	417	-	-	119	28,54	344	82,49
Sudeste	1.668	-	-	412	24,70	1.088	65,23
Minas Gerais	853	-	-	202	23,68	610	71,51
Espírito Santo	78	-	-	43	55,13	68	87,18
Rio de Janeiro	92	-	-	22	23,91	65	70,65
São Paulo	645	-	-	145	22,48	345	53,49
Sul	1.188	-	-	496	41,75	891	75,00
Paraná	399	-	-	181	45,36	321	80,45
Santa Catarina	293	-	-	216	73,72	260	88,74
Rio Grande do Sul	496	-	-	99	19,96	310	62,50
Centro-Oeste	466	-	-	365	78,33	440	94,42
Mato Grosso do Sul	78	-	-	57	73,08	75	96,15
Mato Grosso	141	-	-	98	69,50	134	95,04
Goiás	246	-	-	209	84,96	230	93,50
Distrito Federal	1	-	-	1	100,00	1	100,00

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Logo após, poderemos mencionar o registro do quantitativo de municípios com ESB implantada, segundo as regiões e estados do Brasil, seguindo este mesmo recorte temporal (tabela 2).

Em 1998, não havia nenhuma ESB cadastrada, uma vez que a sua inserção na Estratégia Saúde da Família se deu tardiamente, somente em 2001. Sendo assim, em 2003, podemos observar o primeiro registro do total de municípios por região e estado com ESB implantadas. Neste ano, verificamos que 45,2% dos municípios brasileiros já havia inserido o cirurgião-dentista nesta nova estratégia. Dentre as regiões com maior índice percentual, podemos citar região Centro-Oeste seguida da região Nordeste, cada uma com 78,33 e 61,32%, respectivamente. O menor índice foi registrado na região Sudeste (24,70%).

Ao considerar os estados separadamente, podemos perceber que o Piauí e o Ceará mantiveram os maiores registros de municípios com ESB, cada um com 91,52 e 88,59%, respectivamente. O Amapá e o Pará foram os estados onde foi observado menores índices.

No que diz respeito ao registro de ESB implantadas por modalidade, segundo as regiões e estados do Brasil, foi observado que em 2003 já havia 5.040 registros, sendo 4.548 de equipes do tipo modalidade I, que é caracterizada pela presença de um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), e somente 492 ESB modalidade II, com um Cirurgião-Dentista (CD), um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e um Técnico em Saúde Bucal (TSB). Em 2008, foram registradas, aproximadamente, três vezes o quantitativo observado naquele ano.

Em relação às regiões e estados brasileiros, em 2003, a região Nordeste se destacou pelo grande número de ESB implantadas, tanto em relação ao valor absoluto, quanto proporcionalmente ao número de municípios presentes (tabela 3). Este valor foi avaliado com destaque, ainda, em relação ao total populacional. Neste período, foram registradas nesta região 2.487 ESB, sendo 2.416 equipes modalidade I e 71, modalidade II. Em 2008, o quantitativo de ESB passou a ser de 8.409, superando a marca no recorte temporal de 2003 por 3,38 vezes.

Em 2003, a região Norte, mais uma vez, apresentou índices baixos. Foram registradas somente 286 ESB entre os 449 municípios existentes nesta região. Isso refletiria numa média de menos de 1 equipe por município. Contudo, em 2008, houve um crescimento significativo, passando a ser registrado um quantitativo de 1.173 ESB, ou seja, 4,1 vezes maior que no ano de 2003.

Dentre os estados, o Ceará cadastrou, em 2003, 460 equipes. Isso significa dizer que neste período, o quantitativo de equipes implantadas era superior ao número total representativo de toda a região Norte. Em 2008, na região Nordeste, os estados do Ceará e Bahia agregaram o maior número de ESB, seguidos por Maranhão, Paraíba e Pernambuco.

Ao considerar o todo o território nacional, o estado de Minas Gerais também deverá ser destacado quanto ao número de ESB implantadas. Em 2003, 458 ESB implantadas, sendo 346 equipe modalidade I e 112, modalidade II. Neste período, os estados de Minas Gerais e Paraná foram destaque, ainda, quanto ao número de equipe na modalidade II. Esta particularidade também foi observada, mais tarde, no ano de 2008. Foram 344 equipes na modalidade II implantadas em Minas Gerais e, 359, no Paraná. Estes índices, separadamente, foram superiores ao quantitativo total de equipes implantadas na região Norte e Nordeste no último ano.

Ao realizar um diagnóstico situacional nas regiões e estados brasileiros, quanto à evolução das políticas de saúde bucal, podemos compreender melhor a análise do percentual populacional com acesso ao dentista nos 12 últimos meses e da população que nunca teve acesso ao dentista neste mesmo recorte temporal (tabela 4).

Em geral, todas as regiões apresentaram um crescimento no percentual populacional com acesso ao dentista nos 12 últimos meses. A média nacional passou de 33,2%, em 1998, para 38,8%, em 2003, e, 40,2% em 2008. Mais uma vez, o Nordeste do país obteve destaque, uma vez que a diferença entre as taxas registradas nos anos de 2008 e 1998 foi de 10,1%. Contudo, na região Norte do país, observamos o incremento somente de 2,1%. De todos os estados brasileiros, o Piauí obteve acréscimo de 14,87% entre os anos de 1998 e 2008.

Em se tratando da taxa de prevalência da população que nunca teve acesso ao dentista, houve a redução foi apenas de 7% em todo o período investigado. Mais uma vez, o Nordeste teve a diferença mais significativa, quanto comparada às outras regiões: 11,6%. No que diz respeito aos estados com maior redução, podemos citar o Maranhão e o Rio Grande do Norte.

Tabela 3: Registro do quantitativo de ESB implantadas por modalidade, segundo as regiões e estados do Brasil, 1998, 2003 e 2008

Região	Ano	1998		2003		2008	
		Mod. I	Mod. II	Mod. I	Mod. II	Mod. I	Mod. II
Brasil		0	0	4.548	492	15.755	1.285
Norte		0	0	274	12	1.129	44
Rondônia		0	0	30	6	105	7
Acre		0	0	17	3	93	2
Amazonas		0	0	47	0	241	26
Roraima		0	0	9	0	46	0
Pará		0	0	40	3	322	6
Amapá		0	0	13	0	69	1
Tocantins		0	0	118	0	253	2
Nordeste		0	0	2.416	71	8.218	191
Maranhão		0	0	163	7	1.078	20
Piauí		0	0	310	8	840	29
Ceará		0	0	446	14	1.200	57
Rio Grande do Norte		0	0	238	1	770	1
Paraíba		0	0	373	0	1.077	6
Pernambuco		0	0	235	27	1.037	38
Alagoas		0	0	227	12	491	24
Sergipe		0	0	145	1	320	3
Bahia		0	0	279	1	1.405	13
Sudeste		0	0	766	141	3.352	470
Minas Gerais		0	0	346	112	1.435	344
Espírito Santo		0	0	91	0	327	1
Rio de Janeiro		0	0	53	6	485	51
São Paulo		0	0	276	23	1.105	74
Sul		0	0	608	181	1.845	395
Paraná		0	0	180	175	659	359
Santa Catarina		0	0	314	2	641	19
Rio Grande do Sul		0	0	114	4	545	17
Centro-Oeste		0	0	484	87	1.211	185
Mato Grosso do Sul		0	0	87	13	348	25
Mato Grosso		0	0	120	6	276	39
Goiás		0	0	277	56	587	118
Distrito Federal		0	0	0	12	0	3

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Tabela 4: Percentual populacional com acesso ao serviço odontológico nos últimos 12 meses e percentual populacional que nunca teve acesso ao serviço odontológico, segundo as regiões e estados do Brasil, 1998, 2003 e 2008.

Região	Ano	1998		2003		2008	
		Taxa de prevalência da população que teve acesso ao dentista nos últimos 12 meses da data da pesquisa	Taxa de prevalência da população que nunca teve acesso ao dentista	Taxa de prevalência da população que teve acesso ao dentista nos últimos 12 meses da data da pesquisa	Taxa de prevalência da população que nunca teve acesso ao dentista	Taxa de prevalência da população que teve acesso ao dentista nos últimos 12 meses da data da pesquisa	Taxa de prevalência da população que nunca teve acesso ao dentista
Brasil		33,2	18,7	38,8	15,9	40,2	11,7
Norte		30,8	22,1	32,9	20,4	32,9	17,1
Rondônia		36,39	16,64	33,29	18,66	28,01	16,11
Acre		32,96	22,41	35,32	22,74	35,59	17,11
Amazonas		31,31	17,14	34,74	18,06	37,40	16,20
Roraima		42,92	17,65	40,83	16,53	44,86	14,18
Pará		30,33	24,02	31,81	20,64	30,62	18,12
Amapá		28,43	27,83	28,41	29,99	26,65	17,69
Tocantins		25,31	27,79	32,18	21,91	37,48	16,04
Nordeste		24,7	29,1	30,3	25,4	34,8	17,5
Maranhão		18,66	38,14	25,29	32,35	28,54	20,41
Piauí		21,89	31,13	31,39	23,20	36,76	16,13
Ceará		26,43	28,37	31,30	23,82	35,64	16,79
Rio Grande do Norte		31,21	20,61	34,14	18,15	41,28	12,68
Paraíba		31,95	24,34	37,21	19,73	42,76	12,85
Pernambuco		29,46	21,14	33,98	21,01	36,92	15,15
Alagoas		28,56	26,33	25,47	27,25	26,31	22,67
Sergipe		27,11	27,04	34,09	20,67	37,07	14,72
Bahia		19,88	33,80	27,45	29,58	33,42	19,84
Sudeste		35,8	13,6	41,9	11,4	42,2	8,4
Minas Gerais		34,14	17,87	39,62	12,83	41,03	9,17
Espírito Santo		33,97	17,47	38,68	15,24	39,57	11,52
Rio de Janeiro		31,26	12,68	34,74	11,28	36,30	8,84
São Paulo		38,58	11,62	46,05	10,36	45,17	7,68
Sul		40,7	13,7	46,7	10,4	48,0	7,6
Paraná		38,37	14,08	46,13	10,07	48,07	7,71
Santa Catarina		43,20	13,75	48,37	9,52	47,98	6,80
Rio Grande do Sul		41,52	13,42	46,33	11,24	48,04	7,90
Centro-Oeste		36,5	16,2	41,2	13,2	42,3	9,7
Mato Grosso do Sul		38,51	16,65	40,89	12,79	47,14	9,25
Mato Grosso		30,75	20,39	37,03	16,45	37,15	13,43
Goiás		34,18	15,83	40,82	13,14	40,62	9,59
Distrito Federal		47,19	11,27	47,36	9,61	47,68	6,11

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

DISCUSSÃO

O crescimento populacional, no Brasil, não foi diferente como na maioria dos países em desenvolvimento. No período compreendido entre 1998 e 2008, houve um crescimento significativo da população em todo o país (tabela 1). Dentre os fatores que contribuíram para isso, podemos citar a melhoria dos indicadores básicos de saúde da população e, sobretudo, a redução da taxa de mortalidade infantil e por condições agudas e causas evitáveis.

Essa dinâmica populacional exigiu um arranjo político-organizacional diferenciado no país. Em se tratando da área da saúde, se fazia necessária a aglutinação de esforços e otimização dos recursos na tentativa de contemplar os princípios constitucionais vigentes no país desde a promulgação da Constituição de 1988.

A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil também merece destaque, uma vez que incorporou grandes avanços no contexto da saúde pública brasileira. Isso esteve associado à reformulação organizacional que o país atravessava desde o período de reforma sanitária e consolidação do SUS (Chaves & Silva, 2007).

Durante o seu processo histórico, podemos elencar alguns momentos importantes. A Portaria N°1.886/MS de 18 de dezembro de 1997 aprovou as Diretrizes e as Normas para um novo modelo de atenção à saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Destacam-se o caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, buscando atendimento integral à família; a adscrição da população / territorialização; a programação e o planejamento descentralizados; a integralidade da assistência; a abordagem multiprofissional; o estímulo à ação intersetorial e à participação e controle social; a educação permanente dos profissionais e a adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

A equipe mínima incorporada no PSF foi inicialmente formada por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Uma equipe poderia atender no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas e estaria responsável pelas etapas de planejamento das suas ações com base no conhecimento da população e área que deveria atender. Isto implicaria em reconhecer a área geográfica que o centro de saúde deveria cobrir, com seus limites, áreas de risco, barreiras, infra-estrutura de serviços e características de habitação, trabalho, espaços sociais, transportes, lazer etc.

Além do território, o conhecimento da população a ser atendida foi adotado como etapa de suma importância. O cadastro das famílias, com visita aos domicílios segundo a prioridade definida acima, por micro-área de risco, foi a grande diferença que esta estratégia firmou para reorganizar a atenção básica, porque permitiu direcionar o serviço a quem mais necessitava. Além disso, permitiu planejar os recursos disponíveis em cada território a partir do real conhecimento da população adscrita, alvo das ações de saúde.

A participação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família é assunto ainda recente. De fato, tal estratégia não contemplava a participação do dentista em sua equipe mínima. A proposição da inclusão da Equipe da Saúde Bucal (ESB) foi assumida pelo Ministério da Saúde, somente no ano de 2000, com a criação de incentivos para o financiamento das ações, inserção dos profissionais e formalização de um plano de ação específico para área (Brasil, 2000). Nesta perspectiva, os registros acerca da implantação das equipes e das ações e serviços de saúde bucal só podem ser discutidos após este período (tabelas 2, 3 e 4).

Considerando a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e, sendo o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para a consolidação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu, pela Portaria N° 1.444/MS, de 28 de dezembro de 2000, regulamentada pela Portaria N° 267/MS de 06 de março de 2001, um incentivo financeiro que oportunizou a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2000; Brasil, 2001).

Apesar da ação do MS ter se dado a partir do ano de 2000, as ESB foram surgindo por iniciativa própria dos gestores, em nível estadual e municipal, que perceberam a necessidade da participação desses profissionais nesta nova lógica de político-organizacional de saúde. Dentre os municípios pioneiros, o município de Sobral no estado do Ceará teve papel de destaque, onde já a partir de 1998 houve a implantação das ESB na ESF e, em 2001, foi criado o Curso de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família, voltado para todos os profissionais da área de saúde. Isso representou um marco importante para o Ceará e serviu como referência para todo o território nacional junto a experiências pontuais em outros estados.

As bases de atuação das ESB no Programa Saúde da Família foram apresentadas pelo MS com a publicação da Portaria N° 267/MS de 06 de março de 2001, destacando-se os seguintes pontos: caráter substitutivo das práticas tradicionais, adscrição da população, integralidade de assistência, articulação da referência e contra-referência, família como núcleo de abordagem, humanização de atendimento, abordagem multiprofissional, estímulo à promoção de saúde, intersetorialidade, participação e controle social, educação permanente dos profissionais, acompanhamento e avaliação das ações e carga horária de 40 horas semanais (Brasil, 2000).

Além disso, foram apontadas as atribuições da ESB na estratégia de trabalho, a saber: participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, identificar necessidades/expectativas, estimular ações e executar promoção, educação e prevenção em saúde bucal, executar ações básicas de vigilância epidemiológica, além de sensibilização das famílias e visitas domiciliares. Contudo, na prática, essas ações são realizadas sem uma dinâmica padronizada, sendo que cada equipe tem autonomia para desenvolver atividades de acordo com a sua realidade.

A Portaria definiu que os municípios que qualificassem as ações de saúde bucal receberiam incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição, que poderia ser: modalidade I: CD (40 horas), ACD (40 horas); e, modalidade II: CD (40 horas), THD (40 horas) e ACD (40 horas).

A recomendação do Ministério da Saúde inicialmente foi que cada ESB apoiasse o trabalho de 2 (duas) equipes mínimas da ESF já existentes ou a serem instauradas. Nesta perspectiva, a ESB assumiria a cobertura das necessidades integrais de 1.000 a 2.000 famílias, correspondendo aproximadamente de 4.000 a 6.900 pessoas. Vale a pena ressaltar que a proporção de 1 ESB para 1 ESF foi assunto de grande discussão desde o início da implementação desta política e, neste sentido, grandes esforços foram dados para a equiparação das equipes (BRASIL, 2004a).

Algumas discussões defendiam a ideia de que o número de profissionais e as respectivas jornadas de trabalho deveriam ser compatíveis com as ações desenvolvidas em cada experiência concreta e, para definir o número de famílias sob responsabilidade de uma ESB, seria necessário levar em conta a densidade demográfica da área, o perfil epidemiológico bucal e a relevância dos fatores de risco (Faccin, Sebold & Carcereri, 2010).

Somente com a publicação da Portaria GM/MS Nº 673, de 03 de junho de 2003, foram definidos novos critérios e reajustados incentivos financeiros para a implantação e custeio das ESB para ambas as modalidades. Esta mesma base normativa permitiu uma redução da proporção de implantação, que era até então de uma ESB para cada duas ESF, para uma relação de uma ESB para uma ESF (Brasil, 2003).

Apesar das dificuldades inerentes à introdução de um planejamento, a inserção da ESB na Estratégia Saúde da Família representou um marco histórico na saúde pública. Ressalta-se aqui a complexidade da transição de uma odontologia voltada para a cura, centrada no indivíduo e na doença, para uma odontologia com abordagem preventiva, dando ênfase ao coletivo e considerando a importância da participação ativa da comunidade no êxito das práticas de promoção em saúde bucal.

Em 2004, dentro de uma nova conjuntura política foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Esta Política foi responsável pela expansão das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família e gerou um aumento no repasse do nível federal para municípios e na redefinição das suas ações (Lucena; Júnior & Sousa, 2011).

Por meio desta base normativa, foi implantada uma rede de referência e contra-referência, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), até então inexistentes. Nesta perspectiva, foi agregada a reabilitação protética, via Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e expandida a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil (Faccin, Sebold & Carcereri, 2012; Lucena, Júnior & Sousa, 2011).

Os Centros de Especialidades Odontológicas são unidades de referência para a Atenção Primária à Saúde (APS) no que diz respeito às ações e serviços de saúde bucal. Este equipamento social deve integrar o processo de planejamento loco-regional e, desta forma, contribuir para a integralidade do cuidado em saúde. Em geral, devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

Em função dos seus recursos físico-estruturais, Os CEO podem ser classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e, Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas).

Em se tratando da carga horária de trabalho, devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de Centro de Especialidades Odontológicas (Brasil, 2006).

No que diz respeito aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), regulamentados pela Portaria GM/MS Nº 1.572, de 29 de julho de 2004, foi possível a continuidade do cuidado para a reabilitação em saúde bucal. Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária funcionariam como unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas unitárias.

Mais tarde, por meio da Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004, os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total foram incluídos na atenção básica. Essa medida maximizaria a integralidade da atenção à saúde e aumentaria o acesso as pessoas quanto à reabilitação.

No que diz respeito ao nível de atenção terciária, no Brasil, foi apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei Nº 2.776, em fevereiro de 2008, que estabelecia como obrigatória a presença do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Esta mesma base normativa estendia os cuidados do Cirurgião-Dentista (CD) aos internados em outras unidades hospitalares e clínicas.

Essa foi mais uma conquista da Política de Saúde Bucal desenhada no país. A inserção imprescindível do CD na equipe médica resgatou a importância da manutenção da integralidade do paciente. Isso se justificaria pelo fato de que seriam necessários cuidados especiais não só para tratar o problema que levou o paciente à internação, mas também para ampliar as possibilidades de tratamento e cura (Lima *et al.*, 2012).

Em se tratando dos tipos de ações e serviços, poderíamos citar outras potencialidades dos CD na abordagem hospitalar, a saber: atendimento de urgência e atenção bucomaxilofacial, atenção à pacientes oncológicos, gestantes, diabéticos, portadores de algum tipo de distúrbio psicomotor, pacientes transplantados, com distúrbios cardiovasculares, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), dentre outras.

De acordo com esta lógica de contextualização e ampliação da saúde bucal nos três níveis de atenção, é possível analisar o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal. O fato que relacionava o desenvolvimento da odontologia em saúde pública passou a ser questionado frente aos seguintes quesitos: o número de ESB implantadas impactou positivamente no percentual populacional que teve acesso ao dentista nos 12 últimos meses e da população que nunca teve acesso ao dentista?

Acreditamos que o impacto foi significativo. Contudo, vale ressaltar que a redução do percentual populacional que nunca teve acesso ao cirurgião-dentista não esteve coerente com o crescimento populacional. Isso se justifica pelo fato de que, no período entre 1998 e 2008, considerando a média nacional, houve uma redução de 8% (tabela 4) do percentual populacional que nunca teve acesso ao cirurgião-dentista em contraposição ao crescimento populacional de 18,81% (tabela 1). Isso pode ser observado na maioria das regiões e estados brasileiros.

Sendo assim, percebemos que há, ainda, grandes conquistas a serem efetivadas, uma vez que não é somente a implantação de novas ESB que poderá agregar melhores resultados. É indispensável o apoio interdisciplinar, já que a dinâmica populacional exige este tipo de envolvimento.

De acordo com Gattás (2005), a interdisciplinaridade é uma temática que tem sido bastante discutida na área da saúde. É fato que o seu exercício permitiria uma melhor compreensão da complexidade dos fenômenos, tendo em vista a possibilidade de envolvimento de percepções, experiências e vivências diferentes e diferenciadas de cada um dos atores atuantes. Além disso, a interdisciplinaridade diminuiria os efeitos, muitas vezes catastróficos, da fragmentação do conhecimento pela possibilidade de interação e integração entre os diferentes olhares.

Nesta perspectiva, a temática relacionada à dinâmica populacional poderia ser discutida sob um olhar diferenciado, respeitando não somente o aspecto econômico e cultural, mas também o ponto de vista social e a condição de acesso à saúde.

Outro quesito que poderá ser destacado gira em torno da seguinte ideia: o quantitativo de equipes implantadas não caracteriza uma condição de acesso pleno. Se não há planejamento e organização das ações e serviços de saúde, é possível que os recursos não sejam bem aproveitados.

Observamos fragilidades em relação ao planejamento e programação das ações e serviços básicos em saúde, além de uma grande demanda na qual não se consegue responder. Frente a isso, percebemos dificuldades de cumprimento aos princípios de eficácia, efetividade, eficiência e economicidade que foram defendidos desde a implantação do SUS. Isso tem gerado a necessidade de discussão constante acerca das possibilidades de gestão da máquina pública, além de definição de pontos de atenção apropriados, coordenação e interconexão entre estes elementos, revisão acerca do quantitativo suficiente de profissionais e recursos, além de fluxos e rotinas claras e objetivas em cada um dos equipamentos de saúde disponíveis.

CONCLUSÃO

O ano 1998 evidenciou uma situação apresentada no país antes mesmo da inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste período, o contato com as ações e serviços de saúde bucal se deu de forma irregular em todo o país e o percentual populacional que nunca teve acesso ao cirurgião-dentista era de 18,7%.

Contudo, o país vivenciou, desde 2000, uma realidade promissora. A incorporação da ESB, trouxe uma nova perspectiva para o estado de saúde da população brasileira e resultou em um grande impulso da expansão da cobertura de saúde bucal pelo país. Em 2003 e 2008, foi observada redução no percentual populacional que nunca teve acesso ao cirurgião-dentista, porém isso não foi proporcional ao crescimento populacional.

O Brasil, conhecido como o ‘país dos desdentados’, passou a vivenciar uma situação de saúde diferente por meio da relação de maior proximidade com as ESB. Isso poderia ser traduzido por meio de ações clínicas individuais ou mesmo por ações coletivas de abrangência familiar e comunitária. Entretanto, sabemos que é indispensável a otimização dos recursos e aglutinação dos esforços para a efetivação dos princípios constitucionais e melhoria das condições de saúde de toda a população brasileira.

Sendo assim, percebemos que há, ainda, grandes conquistas a serem efetivadas, uma vez que não é somente a implantação de novas ESB que poderá agregar melhores resultados. É indispensável o apoio interdisciplinar e intersetorial, já que a dinâmica populacional exige este tipo de envolvimento.

COLABORADORES

Fábio Solon Tajra (autor do manuscrito) realizou a coleta, análise, interpretação de dados e redigiu o artigo. Angelo Brito Rodrigues, Rosana Solon Tajra, Edson Holanda Teixeira, e Andrea Silvia Walter de Aguiar (co-autores do manuscrito) contribuíram substancialmente na concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados e redação ou revisão crítica do texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 28 dez.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2001; 6 mar.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 673, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos programas de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e da outras providências. **Diário Oficial da União** 2003; 24 abr.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - N. 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Governo Federal. *Decreto N. 7.508*, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre *dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad Saúde Pública** 2007; 23:1119-31.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581996000300007>.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 18, June 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782002000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782002000100005>.

FACCIN, Deniz; SEBOLD, Rafael; CARCERERI, Daniela Lemos. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700076&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700076>.

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

GATTÁS, M. L. B. *Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde da Universidade de Uberaba -Uniube*. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2005.

IPECE. Anuário Estatístico do Ceará 2011. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2011/index.htm>

JESUS, Washington Luiz Abreu de and ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 161-170.

LIMA, Daniela Coelho de et al . A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700049&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700049>.

LUCENA, E., JÚNIOR, G., SOUSA, M. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 5, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042>>. Acesso em: 03 Nov. 2012.

MEDRONHO, RA. Epidemiologia. Editora Atheneu, São Paulo, 2009. 2ª edição.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 ago. 2012.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários agora mais que nunca. Lisboa: Alto Comissariado de Saúde; 2008.

SANCHEZ, RM; CICONELLI, RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100020&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100020>.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. access
on 02 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

GOTTEMS, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, June 2009. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200003&lng=en&nrm=iso>. access
on 02 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200003>.