

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Especialização em Saúde Pública

Italene Barros Viana

Análise do acesso na Estratégia Saúde da Família
a serviços odontológicos no estado de
Pernambuco: estudo comparativo entre os anos
2001 e 2009

RECIFE

2011

Italene Barros Viana

Análise do acesso na Estratégia Saúde da Família a serviços odontológicos no estado de Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em saúde pública.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

Co-Orientador: Fernando Castim Pimentel

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

V614a Viana, Italene Barros.

Análise do acesso na estratégica saúde da família a serviços odontológicos no estado de Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009 / Italene Barros Viana. — Recife: I. B. Viana, 2011.

61 f.: il.

Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

1. Assistência Odontológica. 2. Saúde bucal. 3. Saúde da Família. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Brasil. I. Martelli, Petrônio José de Lima. II. Título.

CDU 616.314

Italene Barros Viana

Análise do acesso na Estratégia Saúde da Família a serviços odontológicos no estado de Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de especialista em Saúde Pública

Aprovado em: 25/04/11

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Debatedora: _____

Dr^a Nilcema Figueiredo
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Agradecimentos

A Deus que sempre está presente na minha vida, iluminando meu caminho a todo o momento.

Ao meu Orientador por toda atenção, paciência e sabedoria compartilhada.

Ao meu co-orientador Fernando por sua essencial ajuda na construção desse trabalho.

À Márcia da biblioteca por toda sua disponibilidade.

A minha família e meu namorado que são à base da minha vida.

Agradeço também a todos os autores envolvidos na construção deste trabalho e em especial aos profissionais e a comunidade da Vila das Aeromoças pela compreensão dos dias ausentes.

VIANA, Italene Barros. Análise da Estratégia Saúde da Família no acesso a serviços odontológicos no estado de Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. 2011. Monografia (Especialização em Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O estudo apresenta uma análise do acesso à assistência odontológica individual desenvolvida no estado de Pernambuco, comparando os anos de 2001 e 2009, no âmbito das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Bem como, uma descrição do processo de evolução quanto à cobertura das equipes de saúde bucal no período referido. Os indicadores da atenção básica para avaliação do acesso as ações odontológicas individuais utilizados foram o indicador de primeira consulta odontológica e a média de procedimentos odontológicos básicos individuais. Os dados foram obtidos através de bancos de dados oficiais. Pernambuco apresentou um aumento de 881,82% no número de ESBs ao longo dos anos estudados. A cobertura de primeira consulta no estado apresentou um crescimento quando comparado os ano de 2001 e 2009, representando um aumento de cerca de 60%. A média de procedimentos individuais odontológicos apresentou um aumento de 57,14% na comparação dos anos. Apesar do crescimento positivo dos indicadores esses percentuais não acompanharam proporcionalmente o percentual de evolução das ESBs no estado. Os resultados revelaram que a assistência em saúde bucal em Pernambuco está aquém da idealizada pelo SUS. Espera-se que as ESBs na Estratégia Saúde da Família possibilitem, ao longo dos próximos anos, um acesso mais satisfatório e efetivo a população. Proporcionando assim uma efetiva reorientação do modelo assistencial, possibilitando que os usuários sintam se parte integrante de um sistema de saúde eficiente, à medida que ofereça uma maior disponibilidade dos serviços odontológicos.

Palavras chaves: acesso aos serviços de saúde ; odontologia em saúde pública; programa saúde da família.

VIANA, Italene Barros. Analysis of the Family Health Strategy in access to dental care in Pernambuco: a comparative study between the years 2001 and 2009. 2011. Monograph (Specialization in Public Health) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011

ABSTRACT

The study presents an analysis of the access to odontology assistance in the state of Pernambuco, comparing the years of 2001 through 2009, in the spaces of the oral health teams of the strategy of family health. It can be seen as a description of the evolutionary process as well as the coverage of the groups from 2001 through 2009. The indicators used for the basic attention for individual access were the first odontological consultation and the average of basic individual odontological procedures. The data was obtained through official databases. Pernambuco showed an increase of 881.82% in the number of ESBs throughout the analyzed period. The coverage for the first consultation in the state showed an increase, and when compared to 2001 through 2009, represented an increase of approximately 60%. The average basic odontological procedures showed an increase of 57.14% in the comparison of these time periods. Despite these percentages increases, the growth did not occur in proportion to the evolution of ESBs in the state. The results show that oral health in the state of Pernambuco is well below what is deemed acceptable by the SUS. The hope is that the ESBs in the strategy of family health can provide a more satisfactory and effective access to the population of Pernambuco. Therefore offering an effective re-orientation of the assistance model and thus allowing users to become a part of an efficient health system, as it offers a greater availability of dental services.

Keywords: health services accessibility; public health dentistry; family health program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CD	Cirurgião-Dentista
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERES	Gerências Regionais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PNAD	Programa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa de Saúde da Família
SES/DF	Secretaria Estadual de Saúde/ Distrito Federal
SES/SP	Secretaria Estadual de Saúde/ São Paulo
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da família

Sumário

1	Introdução	10
2	Objetivos	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	Metodologia	16
4	Revisão de literatura	19
4.1	A Odontologia e o Programa Saúde da Família	19
4.2	Acesso aos serviços odontológicos	22
4.3	Sistemas de informação e Saúde Bucal	25
5	Resultados e Discussões	28
5.1	Evolução da implementação das equipes de saúde bucal em PE, 2001 a 2009	28
5.2	Análise dos dados do indicador de primeira consulta odontológica no estado de Pernambuco, 2001 e 2009	36
5.3	Análise da média dos procedimentos odontológicos básicos indivi- duais no estado de Pernambuco, 2001 e 2009	45
6	Conclusões	51
	Referências Bibliográficas	53

1 Introdução

Em meados de julho de 2000 ocorreu a divulgação da pesquisa sobre acesso e utilização de serviços de saúde, causando repercussão na sociedade brasileira. Segundo o estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1998, cerca de 29,6 milhões de brasileiros, ou seja, 19,5% da população, nunca haviam ido ao dentista. A última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios aconteceu em 2008 e revelou que 11,7% dos brasileiros ainda não haviam recebido atendimento odontológico (IBGE, 2008). A comparação de dados apresenta uma melhora no acesso da população ao atendimento, no entanto, o número ainda é considerado elevado se o percentual for calculado para toda a população do país. São aproximadamente, 21,6 milhões de brasileiros que nunca tiveram atendimento. Os números podem ser considerados no mínimo intrigantes, já que o Brasil é o país com o maior número de profissionais no mundo, cerca de 220 mil cirurgiões-dentistas segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (2010).

Essa exclusão aos serviços odontológicos é um reflexo de anos de uma odontologia que priorizava o modelo médico assistencial privatista, e limitava-se à realização de restaurações e extrações dentárias seriadas (SULIANO; BARBOSA, 2004). As ações coletivas apresentavam características de campanha, assim como o modelo sanitarista, sendo descontínuas e esporádicas, resumindo-se à fluoretação das águas ou a realização de bochechos fluorados semanais (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Considerando a saúde bucal como um dos componentes da saúde na sua expressão mais ampla, adquire maior importância a busca de mecanismos que ampliem suas visões e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil. Constata-se que alguns segmentos vêm refletindo sobre a sua contribuição na construção de um modelo de atenção que efetivamente melhore as condições de saúde dos brasileiros.

Neste sentido, nas últimas décadas existiram muitas discussões acerca da construção e da concretização de uma Política de Saúde Bucal. O processo de mobilização desencadeado, sobretudo pelas entidades odontológicas nacionais, profissionais de saúde e alguns gestores teve como resultado a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986 e tempos depois a 2ª Conferência realizada em

1993. Essa mobilização trouxe alguns ganhos para odontologia, dentre eles a inserção dos profissionais de saúde bucal no Programa Saúde da Família, ato este formalizado através da Portaria Ministerial N.º 1444, de 28/12/2000 (BRASIL, 2000). Através desta Portaria, o Ministério da Saúde estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF. Esta portaria criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão de 01 ESB para cada 02 equipes de PSF, com vistas à reorganização da atenção básica odontológica no âmbito do município, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção quanto na recuperação e manutenção da saúde bucal. Em 2003, com a Portaria GM nº 673/0312, o MS passou a financiar a ESB na proporção de 01 ESF: 01 ESB. Assim, cada ESB passaria a cobrir, em média, 3.450 pessoas nos municípios com proporção de 01:01 (BRASIL,2003).

Em todo esse tempo, desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal no PSF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil.

De acordo com Gomes (2001) a inserção da odontologia no PSF veio representar sua real integração aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), uma luta constante dos que fazem a saúde bucal no setor público, bem como responder a uma demanda cada vez mais crescente, inclusive proporcionando o primeiro acesso aos cuidados bucais por grande parcela da população.

Para Martelli (2001) quanto à incorporação das equipes de saúde bucal (ESB) à equipe de saúde da família (ESF), essa se deu, a princípio, através da iniciativa de alguns municípios, como Curitiba e Distrito Federal, em 1995; Camaragibe (Pernambuco), em 1998, com iniciativas que iam desde o treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no sentido de incluírem instruções relativas à saúde bucal em suas atividades, até a inclusão do cirurgião-dentista (CD) na equipe de saúde da família. Posteriormente a essas iniciativas, o Ministério da Saúde normatizou e incorporou a constituição da ESB no seio da ESF, no final do ano 2000, e repassou os primeiros incentivos em meados de 2001.

Com a incorporação do cirurgião-dentista no PSF passou-se a realizar um novo modelo de atuação sobre os problemas de saúde bucal da população, visto que houve uma reestruturação da atenção primária. Acompanhando essa tendência nacional, alguns municípios do estado de Pernambuco, dentre eles Recife, em 2001

passaram a incorporar as Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) pretendia-se, com a criação de um incentivo financeiro específico, alterar as características da prática odontológica na atenção básica e fazer com que o trabalho das equipes de saúde bucal no PSF estivesse voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Essa inserção teve como principal objetivo melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal e ampliar o acesso da população quer em termos de promoção, quer em termos de proteção e recuperação, reorientando as práticas de intervenção, levando a propiciar atenção odontológica dirigida a uma população de maior vulnerabilidade epidemiológica em território restrito de atuação, com ênfase na inclusão das famílias em situação de risco.

Nesse contexto a Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da atenção básica e representou segundo Zanetti (2000), a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Objetivou-se com isso uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, que comprometiam a universalidade e inviabilizavam a efetivação do acesso, para um modelo de vigilância à saúde que enfatizava a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Dentro dessa nova realidade a saúde bucal no PSF tornou-se um desafio para consolidação de uma prática que avançasse para o controle dos processos de saúde e doença de forma integral, exercido sobre uma base populacional definida, que não fosse excludente e que contribuísse para construção de uma sociedade mais equânime.

Assim, para acompanhar a atuação dos serviços de saúde bucal e orientar seu processo de trabalho, as secretarias municipais de saúde deveriam potencializar a utilização de instrumentos de gestão como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS. Esse sistema de informação tem grande importância na avaliação das equipes de saúde bucal, por permitir o acompanhamento da programação, da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns

indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a organização da saúde bucal nos municípios. O plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, contido na portaria ministerial nº 267 de 06 de março de 2001, ressalta que o monitoramento das ações de saúde bucal deve acontecer de forma contínua e sistematizada, por meio de indicadores adequados (BRASIL, 2001).

Um indicador importante pertencente ao Pacto de Atenção Básica do SUS é a cobertura de primeira consulta odontológica programática. O valor obtido indica o acesso da população à assistência odontológica individual no âmbito do SUS, com o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica. O Pacto de Atenção Básica pretende ser um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Segundo Sá (2004) o Pacto é de grande importância, pois, quando bem utilizado, é um indutor do planejamento e da negociação entre as partes, fazendo com que os municípios adquiram capacidade de gestão de sua rede de saúde.

Outro indicador que permite visualizar o acesso da população aos serviços odontológicos é a média de procedimentos odontológicos básicos individuais. Este indicador consiste no número médio de procedimentos odontológicos preventivos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período, e expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos, realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS (BRASIL, 2007).

Embora existam vários trabalhos na área do acesso aos serviços de saúde, são ainda escassas as pesquisas do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil, sendo raros os trabalhos publicados após a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir de reflexões sobre os diversos aspectos que envolvem a problemática descrita acima, indaga-se: Qual a dimensão da Estratégia Saúde da Família sobre o acesso aos serviços odontológicos individuais na população do estado de Pernambuco?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso da população ao atendimento odontológico individual nas Equipes de Saúde Bucal no estado de Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o processo de evolução quanto à cobertura das Equipes de Saúde Bucal, no período de 2001 a 2009;
- Verificar a existência de possíveis desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, segundo a região geográfica;
- Verificar a existência de possíveis desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, segundo a região administrativa;

3 Metodologia

Foi realizado um estudo ecológico, descritivo, de tendência temporal, utilizando fontes de dados secundários, provenientes dos sistemas de informação em saúde de base nacional. Esse tipo de estudo é útil quando se quer apresentar análises periódicas de situações de saúde para municípios, estados e regiões ou para revelar novas problemáticas que venham a demandar estudos mais específicos e precisos.

A população de estudo foi constituída pelo universo dos procedimentos odontológicos básicos individuais e a cobertura de primeira consulta odontológica programática realizados no estado de Pernambuco. Os dados descritos foram referentes aos anos de 2001 e 2009, indicando o acesso da população em geral à assistência odontológica individual. Os dados do SIA/SUS foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do site www.datasus.gov.br.

Foi escolhida a “quantidade apresentada”, pois esse modo de registro contém todos os procedimentos informados ao sistema (BARROS; CHAVES, 2003; FERNANDES; PERES, 2005).

O SIA/SUS é um sistema utilizado em todos os níveis de gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde. Segundo Barros e Chaves (2003), a consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da programação da produção ambulatorial odontológica e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde bucal nos municípios.

Entretanto, de acordo com Fischer (2010) esse tipo de estudo apresenta limitações inerentes aos estudos que utilizam dados secundários, tais como impossibilidade de controlar e/ou garantir a qualidade dos dados.

Os dados deste estudo foram provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), disponível no DATASUS, cujo documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) preenchido pelas unidades ambulatoriais no nível municipal, contendo o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento. Estas características podem, ocasionalmente, resultar em comprometimento dos dados, devido a fragilidades nos registros e ao controle de qualidade dessas informações nas esferas municipal, estadual e federal. Mesmo

assim, vale salientar a importância da disponibilidade pública destes dados e sua utilização por pesquisadores e gestores a fim de ajudar no processo de planejamento das ações e serviços de saúde.

Além dos dados do SIA/SUS, também foram necessários para a avaliação dos indicadores, dados sobre a população presente nos municípios nos anos estudados, obtidos através do site do DATASUS, correspondendo a projeções intercensitárias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para o estudo da expansão dos números de Equipes de Saúde Bucal no estado utilizamos as informações obtidas no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Para melhor visualização dessa expansão, no decorrer dos anos estudados, foi feita uma série histórica representada graficamente.

Quanto à cobertura da população em relação às ESBs, esses dados foram obtidos dividindo o total das pessoas cobertas pelas ESBs pelo total de pessoas que compõem cada Mesorregião ou Gerências Regionais de Saúde (GERES). Dados esses disponíveis no SIA/SUS (BRASIL, 2010) através do cadastramento familiar. A distribuição das Equipes de Saúde Bucal foi obtida através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Posteriormente à coleta dos dados do SIA/SUS foi calculado o indicador de cobertura de 1º consulta odontológica obtido pela divisão do número total de primeiras consultas realizadas nos municípios pela população total dos municípios e multiplicado por 100, segundo orientações do Ministério da Saúde, através do banco de dados DATASUS.

$$\frac{\text{Numero total de primeiras consultas odontológica programática} \times 100}{\text{População no mesmo local e período}}$$

**realizadas em determinado período*

Para o cálculo da média dos procedimentos odontológicos básicos individuais foi realizado a divisão entre o número de procedimentos odontológicos básicos individuais (em determinado local e período) pela população no mesmo local e período.

Número de procedimentos odontológicos básicos individuais
População total

Foram calculados os indicadores do estado de Pernambuco, incluindo as GERES e as mesorregiões, os resultados obtidos foram representados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel (Windows) e através de mapas pelo programa Tabwin versão 3.2.

Os parâmetros para classificação e análise dos indicadores foram criados a partir de quartis através de métodos estatísticos. Na apresentação dos dados optou-se pela junção dos intervalos moderados, dessa forma os indicadores foram classificados em: baixo, moderado e alto. Para análise do comportamento dos indicadores nos municípios, preferiu-se por trabalhar com mapas e quadros, comparando o valor do indicador dos municípios em 2001 e em 2009, utilizando os valores dos intervalos de 2009 como parâmetro.

Segundo Padilha et al. (2005), é fundamental o uso de indicadores, pois permitem uma avaliação do desempenho das equipes e da evolução da situação da saúde bucal como um todo.

Vale ressaltar que o compromisso da odontologia é promover níveis adequados de saúde bucal para o conjunto da população de um país, região ou localidade. Segundo a Portaria Nº 1101 do Ministério da Saúde, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), os valores utilizados para planejar os recursos odontológicos tomam por base entre uma consulta odontológica a cada 02 anos e até 02 consultas odontológicas ao ano (BRASIL, 2002a) e segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a), o ingresso no sistema deve dar-se no máximo a partir dos seis meses de idade.

4 Revisão de literatura

A análise do acesso aos serviços odontológicos que esse trabalho se propõe a fazer, se restringe à oferta e utilização de tais serviços, não dando subsídios para uma análise mais ampla e completa sobre o estado de saúde bucal da população, não sendo possível analisar o quanto a falta de acesso aos serviços odontológicos está afetando a saúde bucal da população, pois essa situação não se restringe ao acesso aos serviços, mas também as condições de vida dos indivíduos, na região em que se encontram inseridos.

Os assuntos desta revista de literatura serão descritos por tópicos para melhor compreensão e leitura, são eles: A odontologia e o Programa Saúde da Família; Acesso aos serviços odontológicos; Sistemas de Informação e Saúde Bucal.

4.1A odontologia e o Programa Saúde da Família

A saúde, no país, adquiriu visibilidade com a Constituição Federal de 1988, na qual instituiu a saúde como um direito de todos e um dever do estado; e operada por meio do SUS, aonde os gestores desse sistema ao nível federal, estadual e municipal vêm atribuindo ênfase na mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando a Atenção Básica. (SILVA, 2006)

Neste contexto, o PSF surge como uma estratégia para a reorganização da atenção primária nos municípios, e busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltada para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde (SOUZA *et al.*, 2001).

A ênfase na atenção básica justifica-se pela resolutividade que proporciona, pois é capaz de resolver até 90% dos problemas de saúde da população, e pelo impacto que produz no ordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

O ponto de primeiro contato, a atenção básica, deve ser de fácil acesso, segundo Starfield (2002), pois para esta autora este entendimento constitui aspecto essencial em modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados), como é o

caso do Brasil. Esclarece, ainda, a referida autora, que se a porta de entrada não estiver reconhecida ou habilitada para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada. Compromete-se, portanto, o acesso ao serviço.

A fim de enfrentar esse desafio a equipe de saúde da família precisa incorporar nova forma da atuação clínica, baseada no cuidado, garantindo acolhimento e humanização do atendimento, além de incorporar novas práticas, baseadas num processo educativo. A responsabilidade sanitária sobre a população adscrita e o território, o acompanhamento do paciente a serviços de referência, o trabalho com mapa de risco, com o prontuário familiar, com o controle social e participação popular para a construção da cidadania em saúde que segundo Albuquerque (2007) também são elementos-chave que vão categorizar modelos de funcionamento da atenção primária.

Com objetivo de fortalecer a atenção básica ocorreu segundo Baldani *et al.* (2010) a inclusão de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, ampliando para toda a população a possibilidade de acesso aos serviços odontológicos. Teoricamente, a descentralização dos serviços deveria favorecer a utilização regular de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda, minimizando a demanda reprimida e as perdas dentárias prematuras.

Supõe-se, então, que a implementação da descentralização da saúde pode contribuir para a ampliação da oferta de serviços odontológicos e melhoria da qualidade da atenção, significando importante fator para maior acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, a inclusão da odontologia nas ações da atenção básica permitiu segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) vislumbrar “uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo”, visto que, historicamente os serviços odontológicos sempre foram reconhecidos como *gargalos*, tanto antes da Reforma Sanitária quanto agora com o SUS (MARTINO ; BOTAZZO, 2008).

Para consolidar o SUS e concretizar a inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma estratégia, respeitando seus princípios de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização, o que permite ampliar o acesso da população às

ações de saúde bucal, assim como melhorar a qualidade dos serviços oferecidos (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Ainda pensando na melhoria do acesso aos serviços odontológicos o Governo Federal criou a política “Brasil Sorridente”, a qual propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a). Segundo Pinheiro e Torres (2006) a atual Política Nacional de Saúde Bucal, criada em 2004, é mais um instrumento que tenta modificar esse passado de exclusão. Grandes incentivos financeiros aportaram na área da saúde bucal, como nunca dantes.

Através desta Política o Ministério da Saúde vem possibilitando a operacionalização de ações que permitem a reorganização da saúde bucal a partir da atenção básica, porém sem esquecer o princípio da integralidade da atenção, com investimentos em outros níveis, principalmente no que se refere às especialidades odontológicas. Os investimentos para qualificação e ampliação da atenção básica foram instituídos através das Portarias Nº 74/GM – 2004 e 1434/GM – 2004 (BRASIL, 2004b, 2004c).

Outras portarias divulgadas pelo MS apontaram para a reorganização da atenção em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, tais como: Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a). Essa portaria definiu as competências para os profissionais que compõem as equipes, incluindo cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal. A Portaria ministerial Nº 493/GM de 10 de março de 2006 foi outro importante instrumento criado para orientar profissionais e gestores nas ações das equipes de saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família . Essa portaria aprovou a relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deveriam ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Constituindo assim em um instrumento nacional de monitoramento das ações de saúde referentes a esse nível de atenção. (BRASIL, 2006b) Pensando ainda no fortalecimento das ações de saúde bucal na atenção básica o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.372, de 07 de outubro de 2009, criando o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, com a finalidade de incentivar os municípios nas instalações de novas ESBs (BRASIL, 2009).

Os investimentos em Saúde Bucal, percebidos ao longo dos últimos anos, tiveram como finalidade proporcionar resolutividade das ações básicas, buscando a integralidade da assistência e visando então a ampliação do acesso coletivo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores. O que deve ser destacado com a idéia do fortalecimento da atenção básica, é que a assistência com base no domicílio poderá introduzir na esfera odontológica, uma nova lógica assistencial que rompe, ou possibilitará romper, com a prática histórica da odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor, e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório.

4.2 Acesso aos serviços odontológicos

Embora as necessidades em saúde não sejam eliminadas apenas com o uso de serviços de saúde, é inegável que o acesso a serviços de qualidade pode amenizar condições desfavoráveis de saúde em populações.

O conceito de acesso é complexo, ainda é impreciso e varia entre autores. De um modo geral está relacionado à percepção das necessidades de saúde, à conversão dessas necessidades em demandas e à conversão das demandas em uso de serviços de saúde (PINHEIRO; TORRES, 2006).

Para Travassos e Martins (2004) o conceito de acesso a serviços de saúde é, ainda hoje, alvo de debate e discussão. Tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde. Implica garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza.

Os autores que optam pelo termo acesso, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde. De qualquer forma, prevalece a idéia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (PEREIRA *et al*, 2009).

Donabedian (2003) opta pelo termo *acessibilidade*, e o define como um dos aspectos do serviço relativo à capacidade de responder as necessidades de saúde de uma determinada população. Nesse sentido, centra-se na análise dos condicionantes e determinantes do acesso a partir da ótica da organização dos

serviços e sistemas de saúde. Discute, portanto, quais são as características dos serviços que facilitam ou dificultam o acesso da população.

Apesar das dificuldades na definição do conceito, por se enquadrar melhor no intuito deste estudo, adotar-se-á o conceito de acesso utilizado por Travassos, Oliveira e Viacava (2006) que afirmam que acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. Logo, obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde.

O acesso a atenção odontológica pública no Brasil, ao longo dos anos, preocupou-se quase que exclusivamente com os escolares e com o atendimento à demanda espontânea, representada principalmente pelos atendimentos de urgência, com ênfase na atenção cirúrgico-restauradora. Pensando em linhas de cuidado, a saúde bucal é uma das áreas que mais sofre com a questão do acesso, pois tradicionalmente os serviços públicos brasileiros prestaram assistência odontológica (quando havia) materno-puericultora a população, como se todos aqueles que tivessem mais de quatorze anos de idade, ou não gestassem, não possuíssem bocas e necessidades de assistência. Infelizmente, os problemas de acesso persistem e duramente vão sendo enfrentados (MARTINO; BOTAZZO, 2008).

Dentre os fatores que levam a uma oferta desigual dos serviços odontológicos Patussi, Costa e Tomita (2006) destacam: o modelo assistencial privatista predominante no Brasil, desigualdade sócio-econômica, má distribuição dos profissionais de saúde, baixa capacidade instalada e financiamento irregular do setor, comprometendo assim o acesso aos serviços, especialmente da população menos favorecida sócio-economicamente. O autor enfatiza que é preciso superar essa confusão entre 'prioridade' e exclusividade' que ainda predomina na maioria dos serviços e que excluem das ações desenvolvidas parcelas importantes da população.

Talvez seja a saúde bucal, dentro das condições de vida da população brasileira, uma das áreas que mais traduz as desigualdades em relação ao acesso aos serviços de saúde. No Brasil, sabe-se que boa parte da população não tem acesso aos serviços de saúde odontológicos, como mostram os resultados dos últimos inquéritos sobre saúde bucal de abrangência nacional. (SHIROTA, 2002).

De acordo com Porto, Santos e Ugá (2006) exemplarmente, para o estado de São Paulo, sabe-se que somente uma de cada dez pessoas consegue passar por

uma primeira consulta odontológica no SUS. Logicamente, sobrarão algumas poucas alternativas para aqueles não agraciados pela roda viva do acesso a assistência em saúde bucal, como pagar por serviços fora do sistema público, na maior parte das vezes nas clínicas “populares”. A equação não é complicada: paga quem tem recursos e o acesso aos serviços odontológicos, neste caso privado, é negado aos desfavorecidos de forma inexorável.

Outro problema no acesso aos serviços odontológicos é que a distribuição da rede de saúde é profundamente desigual. De acordo com Sá (2000) quando se consideram as distintas regiões do país, as áreas urbanas ou rurais, as regiões ricas e pobres das cidades, determinado, junto com outros fatores socioeconômicos e culturais, uma extrema desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde pelas diferentes populações e estratos sociais.

E apesar do alto grau de desenvolvimento científico e tecnológico atingido nas últimas décadas, ainda existe no Brasil uma significativa parcela da população sem acesso à assistência odontológica (VOLPATO; SCATENA, 2006).

Independente das justificativas que possam ser dadas para sua não efetivação, o acesso é fundamental no sistema de saúde de acordo com Hortale, Pedroza e Rosa (2000).

A possibilidade de acessar serviços e se beneficiar de cuidados odontológicos tem importante significado, principalmente nas situações em que há dor e sofrimento. Logo, é essencial que as políticas públicas garantam o acesso aos serviços odontológicos de forma universal.

4.3 Sistemas de Informação e Saúde Bucal

Em todo esse tempo, desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal no PSF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil. No entanto, pouco tem sido feito no sentido de monitorar tal inclusão e avaliar seus impactos. Há, portanto, a necessidade de maiores investigações para identificar a cobertura dos serviços odontológicos, no intuito de contribuir para a definição de estratégias para a melhoria do acesso da população a esse bem social. Segundo Pattussi, Costa e Tomita

(2006) é fundamental a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática.

Tendo em vista que a informação é essencial à tomada de decisões e orienta as ações na atenção à saúde, os sistemas de informação constituem-se um aliado em potencial na implementação de políticas sociais e programas de saúde, bem como na reorganização e controle das ações de saúde bucal, uma vez que permitem a construção de indicadores que contribuem para formular o diagnóstico de saúde da população e da realidade dos serviços odontológicos (TERRERI; GARCIA, 2001).

Nestes termos, Segundo Sá (2000) os sistemas de informações assistenciais do SUS, permitem uma análise do perfil de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares em determinado grupamento populacional-geográfico, através de indicadores de cobertura. Assim, estes sistemas são fundamentais para o acompanhamento e a avaliação do processo de implementação das políticas de saúde no país.

Dentre os sistemas de informação de saúde de abrangência nacional, apenas o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) registra procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal (BRASIL, 2002b). O SIA-SUS apesar de ter sido implantado especialmente para controlar os gastos com a assistência ambulatorial e de ser pouco utilizado na análise de políticas de saúde, permite uma análise do perfil da oferta de serviços ambulatoriais odontológicos, através de indicadores cobertura e concentração de atividades (BARROS e CHAVES, 2003; OLIVEIRA, 2002; SÁ, 2002).

O indicador é uma variável que é capaz de sintetizar, representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. O indicador é comumente representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou uma relação entre dois eventos ou uma quantidade do evento. Os indicadores selecionados devem ser utilizados de modo contínuo, ao longo de um período determinado, mesmo que ocorram interrupções em sua coleta e/ou utilização. Essa recomendação deve-se ao fato de que uma das características da avaliação é estar centrada na análise de tendência dos indicadores e menos na precisão absoluta e contínua da informação (TANAKA, 2004).

Para a odontologia através de dados obtidos no SIA-SUS o indicador de primeira consulta programática permite analisar a cobertura da população na atenção básica, identificando variações geográficas e temporais que demandem a

implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos. Contribui ainda para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS e subsidia a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2007).

Já a média de procedimentos odontológicos básicos individuais permite uma análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo as necessidades de assistência odontológica básica de determinada população. Tendo como principais funções subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal. Avaliar a necessidade de ampliação de ações individuais seja essas preventivas ou terapêuticas. Monitorar o grau da assistência odontológica básica individual em diferentes níveis de avaliação. Porém o sub-registro dos procedimentos no SIA/SUS é uma limitação desse indicador (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que no Brasil a divulgação dos dados de saúde é feita de forma parcial, restringindo-se basicamente aos números absolutos dos eventos ocorridos, através da disponibilização de bancos de dados dos diversos sistemas de informações do SUS. Deste modo, salvo algumas exceções, a obtenção de indicadores fica por conta dos usuários. Neste contexto, torna-se ainda mais relevante o papel da academia e dos gestores, que devem assumir maior responsabilidade na produção de informações, análise dos dados e publicação dos resultados, possibilitando uma integração entre os serviços de saúde e sociedade (ALMEIDA, 1996 apud SÁ 2002).

Segundo Pimentel (2010) a avaliação é uma importante ferramenta para o planejamento e tomada de decisão por parte dos gestores e profissionais de saúde. Entretanto, é uma área que necessita de avanços, principalmente na Odontologia, onde há uma preocupação maior no sentido de controlar as ações, mas muito pouco se avançou no sentido de avaliar os serviços prestados ao SUS.

Diante do exposto podemos concluir que é fundamental a conjugação das atividades de monitoramento e de avaliação das ações, na reorientação de práticas que produzam impacto para saúde das populações, e sendo assim esse processo deve ser incorporado de forma permanente e sistemática constituindo-se em um dos principais pilares para garantir a incorporação da qualidade da atenção à saúde aos usuários do SUS.

5 Resultados e Discussão

Acesso e saúde bucal compartilham uma história muito particular. A problemática do acesso à atenção à saúde bucal não é uma questão recente, tendo sido identificada por autores como Oliveira (2002) e Sá (2002), que apontaram as desigualdades regionais e locais como importante característica do acesso aos serviços odontológicos no Brasil e em Pernambuco.

Para analisar o acesso a saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família verificando seu desenvolvimento no estado de Pernambuco, foram organizados os dados secundários de 2001 a 2009, e realizado uma comparação entre a expansão do número de ESB e número de municípios que as possuem. Em seguida, procedeu-se a uma análise comparativa dos dados do indicador de primeira consulta odontológica nos anos 2001 e 2009, considerando a divisão do estado de Pernambuco por região administrativa e por mesorregião. Posteriormente foi feita a mesma análise para a média dos procedimentos odontológicos básicos individuais.

5.1 Evolução da implementação das Equipes de Saúde Bucal em Pernambuco, 2001 a 2009

Contextualizando o leitor no campo do estudo deste trabalho, Pernambuco apresentava em Dezembro de 2009 uma população de 8.810.318 habitantes, distribuídos em 185 municípios (IBGE, 2009). E, de acordo com dados do DATASUS (BRASIL, 2010), 89,16% da população eram assistidas pela Estratégia Saúde da Família. Quanto as Equipes de Saúde Bucal, o estado apresentava um total de 1296 ESBs, dos quais 95% correspondiam a ESB modalidade I (cirurgião-dentista e ASB). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em dez/2009 dos 185 municípios que compõem o estado de Pernambuco 100% possuíam Equipes de Saúde da Família e apenas 05 não apresentavam Equipes de Saúde Bucal, são eles: Águas Belas, Belém de São Francisco, Cumaru, Orocó e Toritama.

A inexistência de ESB nesses municípios é um fator limitante para o acesso aos serviços odontológicos, entretanto, vale ressaltar que não existe apenas essa

porta de entrada para o sistema, visto que existem outros modelos assistenciais para a atenção básica baseado em unidades básicas tradicionais.

Quanto o acesso aos serviços odontológicos através da Estratégia Saúde da Família, Patrício (2007) concluiu que um indivíduo residente em área coberta por ESB tem mais chances de conseguir uma consulta odontológica do que aqueles de área não cobertas.

Dentro desta perspectiva, Roncalli (2002) afirmou que não há como deixar de admitir que somente com sistemas de trabalho de alta cobertura obtêm-se maiores oportunidades de viabilizar, em níveis orçamentários suportáveis, padrões mínimos de respostas a grande parte da população que têm os serviços públicos como única possibilidade de acesso.

Oliveira Filho e colaboradores (2005) corroboram com os autores acima ao identificar em seu estudo que há um aumento no acesso ao cirurgião-dentista e uma maior oferta de práticas curativas, em áreas cobertas pelo programa.

Andrade e Ferreira (2006) compartilham a mesma tese e ressaltam que para a comunidade a existência de uma unidade básica de saúde próxima aos seus domicílios é muito importante para facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Diferente dos estudos dos autores supracitados, Rocha e Goes (2008) em pesquisa recente, realizada em Campina Grande-PB, não encontraram associação entre o fato de residir em áreas cobertas ou não cobertas pela ESF e o acesso aos serviços de saúde bucal por adultos e idosos.

O quadro 1 mostra a evolução dos números de ESBs no estado e a sua expansão atingindo paulatinamente um maior número de municípios no período de 2001 a 2009.

ANO	N. ESB	Municípios c/ ESB	
		N.	%
2001	132	39	21,1%
2002	273	72	35.1%
2003	310	97	45.9%
2004	486	114	56.2%
2005	721	146	78.9%
2006	892	164	88,6%
2007	1044	175	94.5%
2008	1210	178	96.2%
2009	1296	180	97.2%

Quadro 1- Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal, número e percentual de municípios, Pernambuco, 2001-2009

Fonte: DAB/MS, Consolidado histórico de cobertura da saúde da família

Em suma, o número de equipes de saúde bucal cresceu expressivamente de 2001 até 2009 (881,82%) dado que revela do ponto de vista da cobertura populacional, um possível aumento no acesso das pessoas ao sistema. Apesar disso, em 2009, apenas 54,33% da população encontravam-se cobertas por ESBs, conforme dados do cadastramento familiar- SIA/SUS (BRASIL, 2010). Isso não significa que o restante da população não tenha acesso ao sistema, apenas sua entrada não se dá pela Estratégia Saúde da Família.

Observar-se através do gráfico abaixo a expansão do número de ESB no estado de Pernambuco no período de 2001 e 2009, bem como o aumento do número de municípios que possuem equipes de saúde bucal. (Gráfico 1)

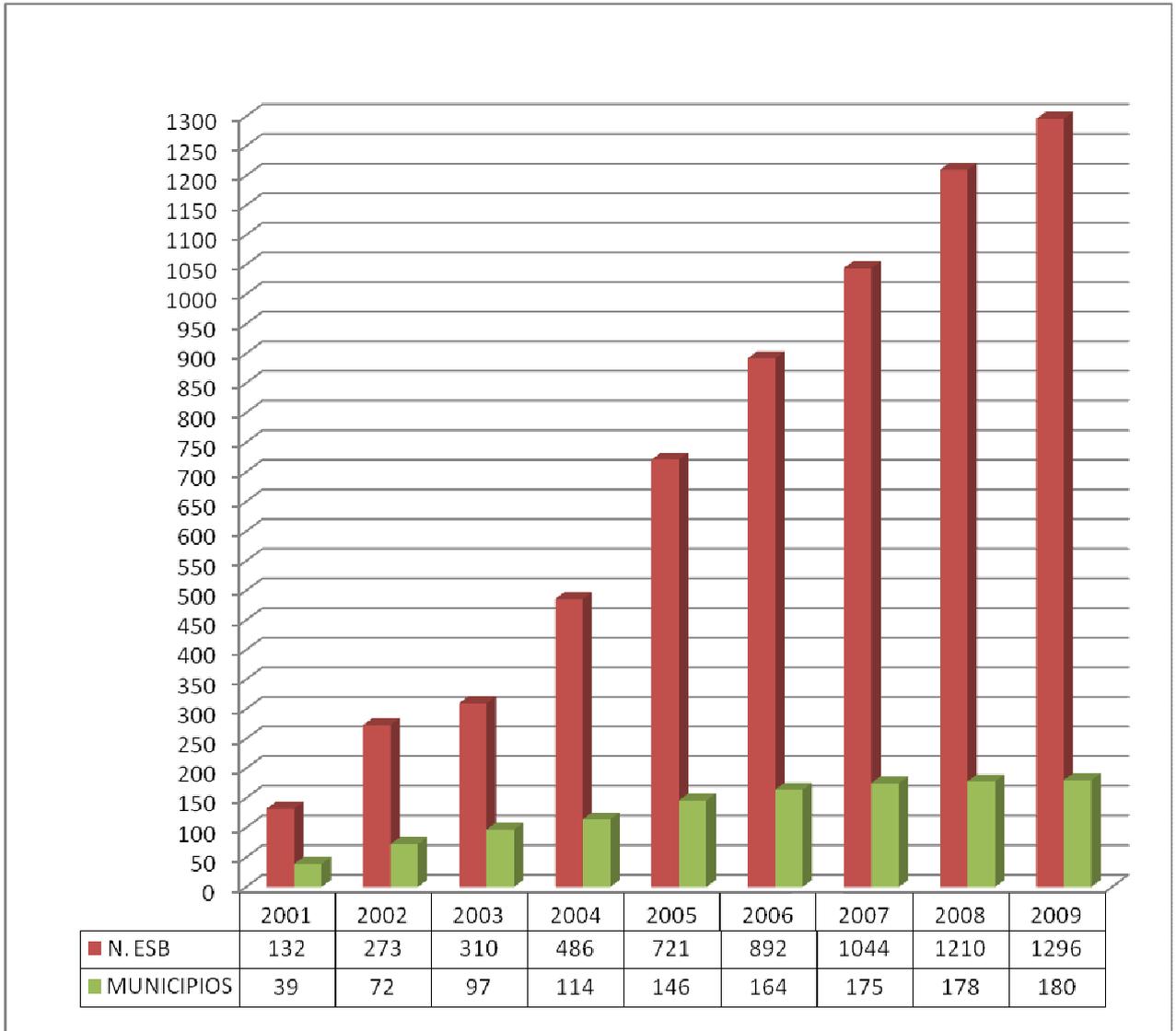


Gráfico 1- Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal e número de municípios, Pernambuco, 2001-2009

Fonte: DAB/MS, Consolidado histórico de cobertura da saúde da família

Ao analisar a expansão e implantação da Saúde Bucal dentro da Estratégia Saúde da Família de dezembro de 2001 até dezembro de 2009 em Pernambuco, foi verificado um favorável crescimento no número de ESBs bem como o aumento do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal. Araújo e Dimenstein (2006) também identificaram que tanto no Rio Grande do Norte quanto nos demais estados brasileiros, houve uma expansão das ESBs na ESF nos últimos anos.

Semelhante resultado obteve Patriota (2006) ao analisar a expansão e implantação da saúde bucal dentro da ESF de dezembro de 2002 até dezembro de

2005 em Recife. A autora também verificou um favorável crescimento no número de ESBs, bem como de Equipes de Saúde da Família.

Em Pernambuco, apesar do aumento do número de ESBs ao longo dos últimos anos, alguns municípios ainda apresentam muitas dificuldades para implantação e expansão dessas equipes. Em dezembro de 2009 cinco municípios do estado não possuíam equipes de saúde bucal. Corroborando com tal assertiva, Câmara *et al.* (2007) em seu estudo destacaram a grande necessidade da implantação de mais equipes no município de Belém, principalmente das ESBs. A presença de 95 Equipes de Saúde da Família e apenas 06 ESBs (modalidade I), mostra que a situação estava muito aquém do ideal, ainda sendo necessária a instalação de 89 ESBs para alcançar-se a proporção 1:1 preconizada pelo Ministério da Saúde.

Vale destacar que a ampliação da cobertura populacional consiste num dos elementos constitutivos do acesso, mas há de se entender que a ampliação do número de unidades de saúde, ainda que sejam unidades de saúde da família, apesar de necessária, não é suficiente para indicar que efetivamente o acesso tenha se ampliado. A respeito do tema, em seu estudo Patriota (2006) concluiu que o acesso às ações de serviço bucal no município de Recife ainda é pequeno, pois os avanços ocorridos no sistema de saúde foram insuficientes para mudar o quadro de desigualdades existentes.

Fatores diversos podem explicar esta problemática, como destacam Pereira *et al* (2009) ao estudar o impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos, os autores identificaram que apesar do aumento da oferta de serviços odontológicos em áreas cobertas pela ESF, observa-se que não há uma reversão do modelo de atenção à saúde bucal, caracterizado por ser pouco resolutivo, mutilador e, portanto, centrado na doença.

Ainda sobre o tema, Paim (2003) afirma que apesar da acentuada expansão da ESF e do reconhecimento de experiências exitosas em diversos municípios do país, ainda não há evidências suficientes para reconhecê-lo como estratégia suficientemente potente para superar os modelos assistenciais dominantes. Porém, este trabalho não teve como objetivo avaliar tais questões.

Entretanto, vale ressaltar que o enfrentamento dessa problemática exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes segundo o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB que ocorreu em

2004 e teve como tema principal “acesso e qualidade superando a exclusão social” (BRASIL, 2005). Ainda de acordo com esse relatório são necessárias políticas intersetoriais, com enfoque na promoção da saúde, universalização do acesso, integralidade das ações, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do estado em suas três esferas de governo.

O Quadro 2, abaixo, faz referência à distribuição das ESBs e da população coberta pelas ESBs implantadas nos municípios que compõem as 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Tendo em vista o estágio de implantação das ESBs, observar-se que existe uma distribuição desigual, sendo a Geres I com menor cobertura, apesar do maior número de equipes. A GERES VII apresenta o maior percentual de população coberta pelas Equipes de Saúde Bucal, apesar do número reduzido de equipes. Esses dados foram obtidos dividindo o total das pessoas cobertas pelas ESBs pelo total de pessoas que compõem cada região, dados esses disponíveis no SIA/SUS através do cadastramento familiar. (BRASIL, 2010). A distribuição das equipes de saúde bucal foi obtida através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Geres	N. de ESB	Pop. Coberta por ESB %
I	380	45,41%
II	186	66,86%
III	134	74,05%
IV	181	54,64%
V	122	68,40%
VI	82	65,40%
VII	31	75,60%
VIII	53	54,42%
IX	53	55,04%
X	37	59,03%
XI	37	48,03%

Quadro 2- Distribuição do número de ESB e da população coberta % por Gerências Regionais de Saúde, Pernambuco, 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS e CNES

Por meio dos resultados anunciados foi constatado que na distribuição das ESBs existe uma maior quantidade das equipes na GERES I (380), essa região administrativa caracteriza-se por possuir a maior concentração populacional. Logo, apesar do grande número de ESBs nessa região, observa-se a menor cobertura populacional (45,42%).

Sá (2002), no seu estudo sobre acesso à assistência no Brasil através da análise do SIA/SUS, também identificou uma deficiência da assistência odontológica do SUS nas grandes cidades, devendo afetar fundamentalmente as populações mais pobres, que, geralmente, vivem nas periferias dos grandes centros urbanos, e que dependem do sistema público.

Pensando no enfrentamento dessa problemática o Ministério da Saúde com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), criou o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF). O Projeto teve como objetivos: a ampliação para as populações dos grandes municípios brasileiros (mais de 100 mil habitantes) do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família; a interferência no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais; e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação.

Quanto aos municípios pequenos, Medina e Aquino (2002) explanaram que, para a Estratégia Saúde da Família, altas coberturas populacionais podem ser obtidas com instalação de pequeno número de equipes. Essa realidade foi identificada na GERES VII, pois, apesar de possuir apenas 31 ESBs, foi à região administrativa que apresentou o maior percentual de cobertura populacional (75,60%).

Em relação à distribuição das Equipes de Saúde Bucal segundo a mesorregião identifica-se que a região da Mata Meridional apresenta a maior cobertura da população em relação às ESBs, correspondendo a 74,47% da população.

Mesorregião	N. de ESB	Pop. Coberta por ESB %
Agreste	401	59,10%
Mata Meridional	296	74,47%
Metropolitana	325	42,83%
São Francisco	77	53,71%
Sertão	197	62,17%

Quadro 3- Distribuição do número de Equipes de Saúde Bucal e da população coberta % por Mesorregião, Pernambuco, 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS e CNES

Quanto à cobertura das ESBs na região Metropolitana observa-se que apesar do número elevado de equipes, 325 no total, apenas 42,83 % da população têm acesso a essas equipes. Através da análise do quadro 03 pode-se afirmar que a mesorregião metropolitana foi a que apresentou a menor cobertura populacional para as ESBs.

A Odontologia vive, atualmente, um momento muito rico e de grande aprendizado ao fazer parte da Estratégia Saúde da Família, através das Equipes de Saúde Bucal. Ainda que reconhecendo a expansão progressiva das equipes de saúde bucal no estado de Pernambuco, ao longo dos anos estudados, ainda há muito que construir para o efetivo acesso da população aos serviços odontológicos no SUS. Logo, a facilitação do acesso fluirá de forma mais favorável quando se aumentar a oferta dos serviços de saúde bucal. Concorda-se com Martelli (2010) ao afirmar que a constante expansão da cobertura via serviços públicos, aliada a estruturação de redes nos diferentes níveis assistenciais, aliados a melhoria nas condições de vida e de renda colaboram para um maior acesso da população a saúde bucal.

b) Análise dos dados do indicador de primeira consulta odontológica no estado de Pernambuco, 2001 e 2009

A análise dos dados de primeira consulta odontológica programática são essenciais, pois permitem identificar variações geográficas que demandem a implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos básicos, contribui para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços

odontológicos básicos no SUS. E ainda, subsidia a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica. (BRASIL, 2006)

Concordância há com Kramer et al. (2008) quando em seu estudo ele afirma que a primeira consulta odontológica deveria servir como uma estratégia para reduzir a prevalência e as seqüelas de problemas bucais, bem como os custos com serviços de intervenção em saúde, pois crianças que visitaram o cirurgião- dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receberem tratamento odontológico emergencial e de fazerem visitas de urgência ao longo da infância, reduzindo, assim, os custos despendidos em saúde pública.

No entanto, existem limitações e inconsistência no registro deste evento pelos profissionais. Comumente ocorrem registros do código- “Consulta Odontológica (1a consulta)- 030101015-3” em qualquer tipo de consulta, seja de urgência / emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno). A descrição do procedimento na tabela SIA/SUS define como “exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, e condicionamento do paciente”. É necessário realizar treinamento, com vistas a padronizar o conceito “primeira consulta odontológica programática” e aprimorar os registros. (BRASIL, 2007)

Um estudo realizado no estado de São Paulo, entre os anos de 1995 e 2000, identificou que o coeficiente de primeira consulta odontológica calculado pelo total de primeiras consultas odontológicas na atenção básica dividido pelo total da população multiplicado por 100, variou de 10,20% a 11,67% durante o período estudado. (SÃO PAULO, 2002). Entretanto, neste estudo, obteve-se diferente resultado, uma vez que, a média do indicador de primeira consulta odontológica no estado de Pernambuco, variou de 10,04 a 16,87%, quando comparados os anos de 2001 e 2009.

Cabe aqui uma consideração importante, esta pesquisa apresenta algumas limitações inerentes aos estudos que utilizam dados secundários. Quanto ao registro dos dados Martelli (2001) destacou que uma explicação para a baixa produção deste tipo de procedimento odontológico foi dada por, ao encontrar, no município de Camaragibe, profissionais pouco estimulados para o registro diário dos procedimentos executados, principalmente para o registro de primeira consulta.

Já Patriota (2006) observou em seu estudo que muitos profissionais realizam apenas procedimentos específicos, os quais solucionam a queixa principal do

paciente, sem se preocupar com o diagnóstico geral para a programação de atendimento das necessidades de saúde bucal.

Em acordo com os autores acima, Roncalli (2002) faz uma crítica sobre o modo como esses números são obtidos, pois os dados sobre acesso a serviços de saúde bucal no Brasil em geral possuem *contaminações* e são medidos das mais diversas maneiras, desde a frequência de consulta nos últimos doze meses à relação entre exames odontológicos na rede pública e a população de referência.

Quanto à imprecisão dos registros desses dados, observa-se que em 2009 o município de Palmares apresentou o indicador de primeira consulta odontológica superando a marca de 194%, sugerindo irregularidades. Duas hipóteses podem ser formuladas para explicar este achado. Como os registros referem-se ao local de realização da consulta, alguns municípios atenderiam possivelmente além da sua população, como população de outros municípios. Outra possibilidade refere-se a problemas de registro. Esta é a hipótese mais provável e reforça a necessidade de melhoria dos sistemas de informação em saúde no Brasil como um todo.

D Ávila *et al* (2008) em seu trabalho também encontraram dados discrepantes e ressaltaram que estas irregularidades podem estar relacionadas com a falta de capacitação profissional ou o desconhecimento da importância dos registros para planejamento e discussão de novas políticas de saúde, bem como limitações no monitoramento pelas esferas superiores do sistema de saúde.

Os quadros abaixo mostram a distribuição dos municípios, de acordo com as mesorregiões, nos anos de 2001 e 2009. (Quadros 4 e 5)

	0,00 8,19		8,19 20,68		20,68 194,37		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sertão	24	58,54	14	34,15	03	7,31	41	100
São Francisco	08	50,00	06	37,50	02	12,50	16	100
Metropolitana	05	33,33	09	60,00	01	6,67	15	100
Mata meridional	20	47,62	14	33,33	08	19,05	42	100
Agreste	37	52,11	29	40,84	05	7,04	71	100
TOTAL	94	50,81	72	38,92	19	10,27	185	100

Quadro 4- Percentual de municípios segundo indicador de Primeira Consulta Odontológica por mesorregião. Pernambuco, 2001.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

	0,00 8,19		8,19 20,68		20,68 194,37		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sertão	16	39,02	20	48,78	05	12,20	41	100
São Francisco	06	37,50	07	43,75	03	18,75	16	100
Metropolitana	03	20,00	10	66,67	02	13,33	15	100
Mata meridional	05	11,90	26	61,90	11	26,20	42	100
Agreste	16	22,53	30	42,25	25	35,22	71	100
TOTAL	46	24,86	93	50,28	46	24,86	185	100

Quadro5- Percentual de municípios segundo indicador de Primeira Consulta Odontológica por mesorregião. Pernambuco, 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

Ao analisar comparativamente os quadros referentes ao indicador de primeira consulta odontológica, por mesorregião, nos anos 2001 e 2009, visualiza-se para o ano 2001 que as mesorregiões do São Francisco, Mata Meridional, Sertão e Agreste apresentaram cerca de 50% dos seus municípios no intervalo baixo (0,00 | 8,19), com variações de 47,62 até 58,54% dos municípios neste intervalo. A alta concentração de municípios, 50,81% (n=94), no intervalo baixo, pode ser explicado pelo reduzido número de equipes de saúde bucal, 132 no total.

Em 2009 identifica-se que as mesorregiões do Agreste e da Mata Meridional apresentaram o maior percentual para o intervalo considerado alto (20,68 | 194,37). É importante salientar que a mesorregião da Mata Meridional é a que apresenta a melhor cobertura populacional das ESBs, correspondendo a 74,47% da população.

Considerando a média do indicador de primeira consulta odontológica, Roncalli (2002) revelou que cerca de 10% da população procura o serviço público de saúde bucal a cada ano, considerando a relação entre exames clínicos de primeira consulta e a população de referência. Esses dados são semelhantes aos obtidos neste estudo, utilizando 2001 como parâmetro, pois foi identificado que a média para este ano, em Pernambuco, foi de 10,04%.

Os dados anteriormente mencionados são semelhantes aos resultados obtidos no estudo de Martino e Botazzo (2008) sobre o acesso aos serviços odontológicos na baixada santista. Os autores identificaram que o principal indicador de acesso aos serviços de saúde bucal do SUS (cobertura de primeira consulta odontológica) não é animador, pois como os próprios dados mostram menos de uma pessoa em cada dez consegue utilizar os serviços odontológicos de maneira programática no estado de São Paulo. Segundo ainda os autores, a média geral

brasileira ultrapassa em pouco os 10%, chegando a 12,30%, o que sem dúvida é um baixo patamar.

Resultado análogo obteve Pinheiro (2007) em seu estudo sobre a análise das políticas de saúde bucal e o tipo de assistência odontológica prestada entre 2000 e 2006 pela SES-DF na perspectiva da promoção da saúde. Os resultados revelaram uma taxa de cobertura de primeira consulta odontológica de 10,5% para o estado, neste período.

Contrariando os resultados obtidos pelos autores acima, Fernandes e Perez (2005) observaram em seu estudo realizado nos 293 municípios do estado de Santa Catarina, no período de 2000 a 2003, o valor médio de 21,8% para o indicador de primeira consulta odontológica. Giustina (2006) em seu estudo sobre indicadores de saúde bucal na atenção básica no município de Cabedelo- PB, em 2004, também identificou o valor médio de 21,38% para o indicador de primeira consulta.

Quanto à evolução do indicador na comparação dos anos foi identificado um crescimento. Uma vez que, em 2001 foi identificado uma média de 10,04%, já na análise do ano de 2009 foi observado uma média de 16,87 % para o indicador de primeira consulta odontológica, revelando com isso um aumento de 59,51% da média do indicador na comparação dos anos estudados.

Este resultado corrobora com os achados de D Ávila *et al.* (2008), em um trabalho realizado no Rio Grande do Sul-RS, que descreveu a evolução da cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal, por meio dos índices de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica (CPCO), apresentando como resultado um crescimento de 9,4% em 2004 para 11,5% em 2005 da média de CPCO.

É importante destacar que, apesar do aumento na média do indicador de primeira consulta odontológica identificado nessa parte do estudo, para o ano de 2009, a média de 0,16 primeiras consultas por habitante para atenção básica em saúde bucal, expressa ainda a restrição ao acesso para os serviços em saúde bucal, por meio da atenção básica, no estado de Pernambuco.

A figura 1, abaixo, apresenta os mapas do estado de Pernambuco, divididos nas suas mesorregiões, com seus respectivos municípios, com o indicador de primeira consulta odontológica correspondentes aos anos 2001 e 2009

	0,00	8, 19
	8, 19	20, 68
	20, 68	194, 37

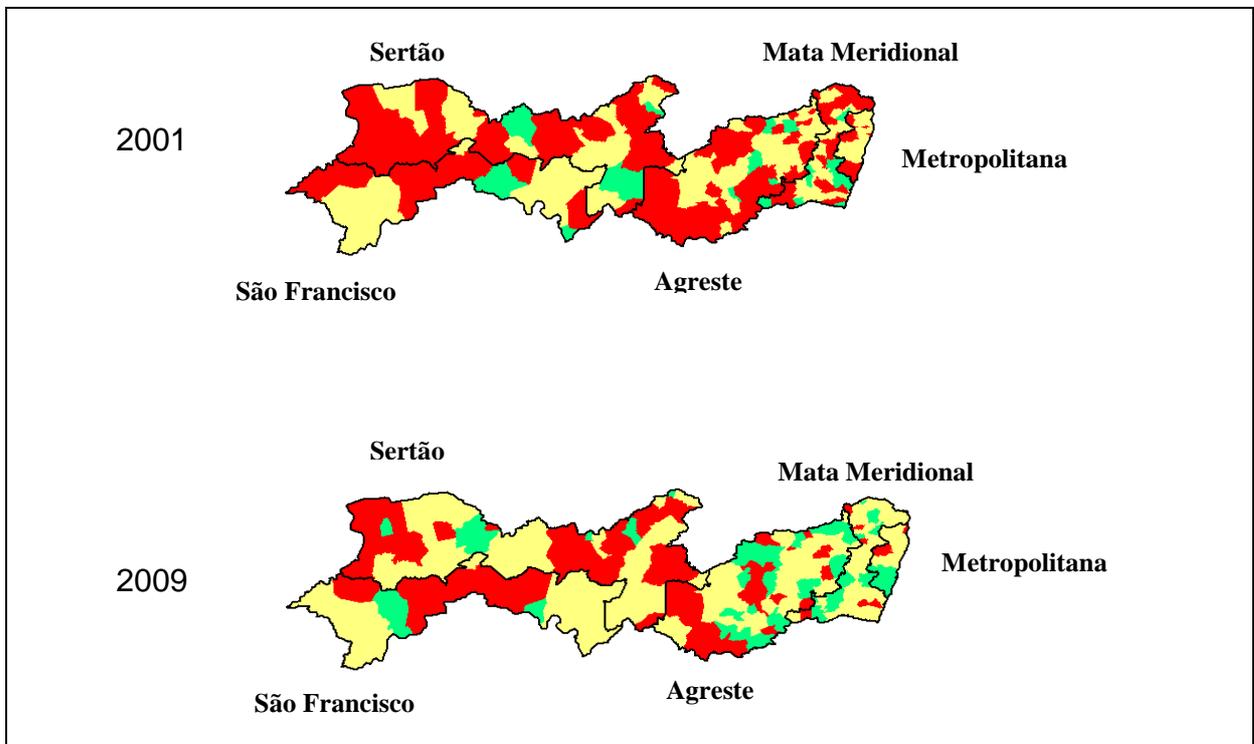


Figura 1- Distribuição do indicador de Primeira consulta odontológica segundo mesorregiões. Pernambuco, 2001 e 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

Analisando os mapas observa-se que, na comparação entre os anos que houve em 2009 uma diminuição no número de municípios que pertenciam ao intervalo baixo (0,00 | 8,19) e um aumento no número de municípios que se situavam no intervalo alto (20,68 | 194,37), para todas as mesorregiões.

Os quadros 6 e 7 mostram o comportamento do indicador de primeira consulta odontológica nos anos 2001 e 2009 por região administrativa, no estado de Pernambuco.

GERES	0,00 8,19		8,19 20,68		20,68 194,37		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I	07	36,84	11	57,90	01	5,26	19	100
II	14	45,16	15	48,39	02	6,45	31	100
III	10	45,45	05	22,73	07	31,82	22	100
IV	14	43,75	15	46,875	03	9,375	32	100
V	16	76,20	04	19,05	01	4,75	21	100
VI	05	38,46	06	46,15	02	15,39	13	100
VII	03	42,86	03	42,86	01	14,28	07	100
VIII	05	71,43	02	28,57	00	00	07	100
IX	08	72,72	03	27,28	00	00	11	100
X	07	58,33	04	33,33	01	8,34	12	100
XI	05	50,00	04	40,00	01	10,00	10	100
TOTAL	94	50,81	72	38,92	19	10,27	185	100

Quadro 6- Percentual do número de municípios segundo o indicador de Primeira Consulta Odontológica por região administrativa. Pernambuco, 2001

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

GERES	0,00 8,19		8,19 20,68		20,68 194,37		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I	03	15,79	14	73,68	02	10,53	19	100
II	04	12,90	17	54,84	10	32,26	31	100
III	03	13,64	11	50,00	08	36,36	22	100
IV	07	21,875	15	46,875	10	31,25	32	100
V	05	23,81	07	33,33	09	42,86	21	100
VI	04	30,77	09	69,23	00	00	13	100
VII	02	28,57	04	57,14	01	14,29	07	100
VIII	04	57,14	02	28,57	01	14,29	07	100
IX	05	45,45	05	45,45	01	9,10	11	100
X	05	41,67	05	41,67	02	16,66	12	100
XI	04	40,00	04	40,00	02	20,00	10	100
TOTAL	46	24,86	93	50,28	46	24,86	185	100

Quadro 7- Percentual do número de municípios segundo o indicador de Primeira Consulta Odontológica por região administrativa. Pernambuco, 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

No estudo comparativo do indicador de primeira consulta odontológica, por região administrativa nos anos 2001 e 2009, observa-se que, pelos dados acima apresentados em 2001 as GERES V, VIII E IX apresentaram mais de 70% dos seus respectivos municípios no intervalo considerado baixo (0,0 | 8,19). Considerando o ano de 2009 constata-se que as GERES VIII, IX e X encontraram mais de 40% dos seus municípios no intervalo considerado baixo (0,0 | 8,19).

Sobre a dificuldade do acesso aos serviços odontológicos para adultos e idosos, Moreira *et al* (2005) identificaram como principais barreiras que afetam a utilização de serviços odontológicos, a baixa escolaridade, baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal para esta população. No presente estudo, quanto à oferta de serviços públicos, em 2009, identifica-se que a GERES I apresentou uma cobertura populacional de apenas 45,41% para as equipes de saúde bucal. Essa baixa cobertura tem reflexo no indicador de primeira consulta odontológica, visto que, apenas 10,33% dos municípios dessa GERES situavam-se no intervalo considerado alto (20,68 | 194,37).

Em contrapartida, observa-se que na análise comparativa referente aos anos 2001 e 2009, houve um aumento do número de GERES que possuíam 60% ou mais dos seus municípios nos intervalos considerados moderado (8,19 | 20,68) e alto (20,68 | 194,37), visto que em 2001 representavam 02 GERES e em 2009 correspondiam a 08 GERES.

Em relação às regiões administrativas, através da visualização do mapa (figura 2), os resultados apresentados demonstraram que o indicador de primeira consulta odontológica teve um crescimento, identificado na análise comparativa entre os anos 2001 e 2009. Observa-se que apenas as GERES VI e VII não apresentaram um aumento no número de municípios no intervalo considerado alto (20,68 | 194,37) neste estudo.

	0,00	8, 19
	8, 19	20, 68
	20, 68	194, 37

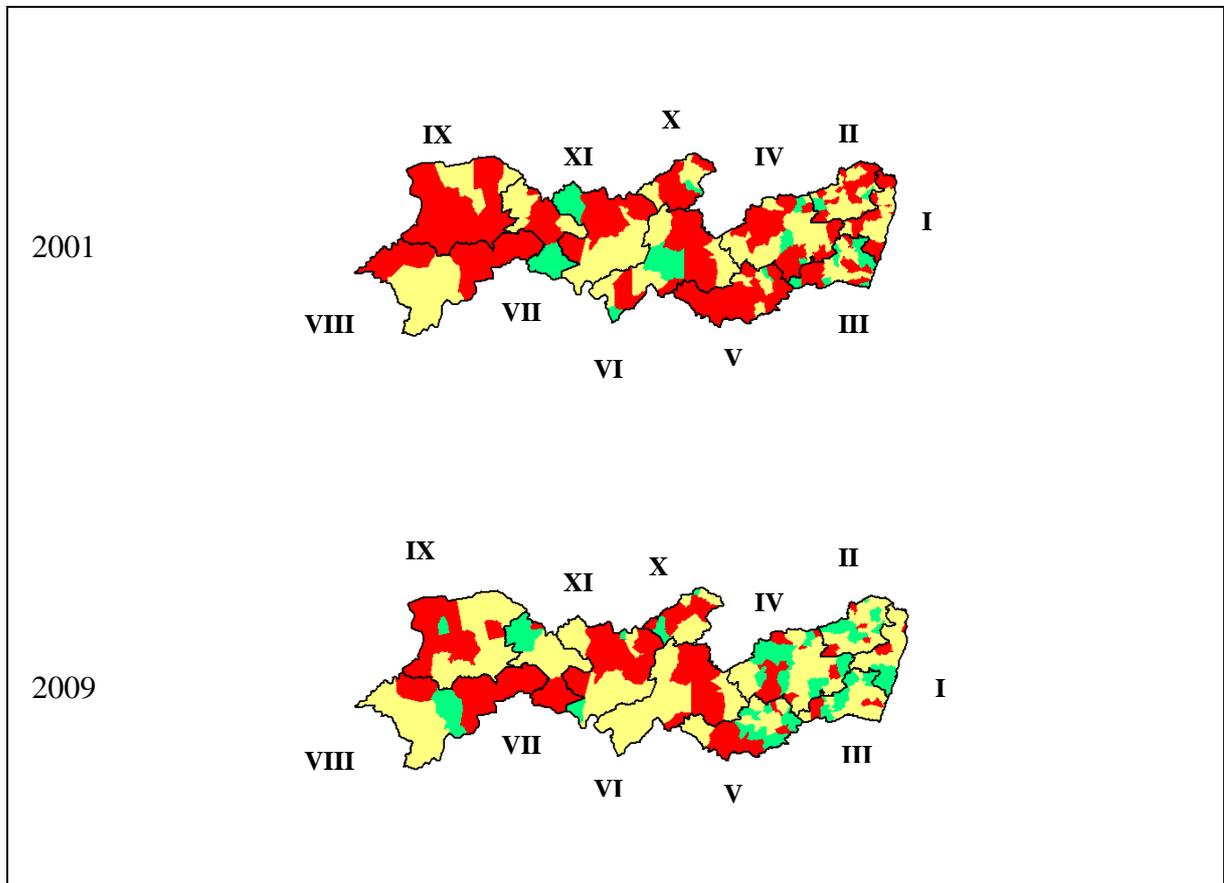


Figura 2- Distribuição do indicador de Primeira consulta odontológica segundo GERES. Pernambuco, 2001 e 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

Em sumo, realizando um estudo analítico sobre a distribuição dos municípios com base nas faixas dos quartis de 2009 observa-se que, para o ano de 2009, aproximadamente 24,86% dos municípios (n=46) apresentaram indicadores de primeira consulta no intervalo de (20,68 | 194, 37); 50,27% dos municípios (n=93) apresentaram os indicadores localizados na faixa de (8,19 | 20,68) e 24,86% dos municípios (n=46) situaram-se no intervalo (0,0 | 8,19).

Analisando o comportamento do indicador de primeira consulta odontológica constata-se que, apesar da expansão significativa da oferta, ainda persiste uma baixa utilização e acesso aos serviços odontológicos de forma programática na atenção básica. Os números indicam índices relativamente baixos de acesso, e revelam que a realidade dos serviços em muito se distancia do que está assegurado

constitucionalmente. Estes resultados apontam para a necessidade de se repensar a prática e o processo de trabalho para a construção de um sistema que centre seu objetivo maior na ampliação do acesso e nas necessidades das comunidades.

c) Análise da média dos procedimentos odontológicos básicos individuais no estado de Pernambuco, 2001 a 2009

A Média de procedimentos odontológicos básicos individuais possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população. (BRASIL, 2007)

Neste estudo, o indicador da média de procedimentos odontológicos individuais no Estado de Pernambuco, variou de 0,0 a 6,53 quando comparados os anos de 2001 e 2009. Vale destacar que, em 2009 o município de Petrolândia, situado na mesorregião do São Francisco, registrou uma média de 6,53 procedimentos odontológicos por habitante, bem diferente da média dos anos anteriores que foi em torno de 0,40 procedimentos por habitantes, revelando com isso possíveis erros no registro dos dados.

Os quadros abaixo trazem a média dos procedimentos odontológicos básicos individuais, de acordo com a mesorregião, nos anos 2001 e 2009. (Quadros 8 e 9)

	0,00 0,29		0,29 0,69		0,69 6,53		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sertão	23	56,10	17	41,46	01	2,44	41	100
São Francisco	07	43,75	08	50,00	01	6,25	16	100
Metropolitana	06	40,00	08	53,33	01	6,67	15	100
Mata meridional	22	52,38	18	42,86	02	4,76	42	100
Agreste	39	54,93	29	40,84	03	4,23	71	100
TOTAL	97	52,43	80	43,24	08	4,33	185	100

Quadro 8- Média dos procedimentos odontológicos básicos individuais no estado de Pernambuco, 2001.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

	0,00 0,29		0,29 0,69		0,69 6,53		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sertão	17	41,46	18	43,90	06	14,64	41	100
São Francisco	05	31,25	08	50,00	03	18,75	16	100
Metropolitana	03	20,00	07	46,67	05	33,33	15	100
Mata meridional	11	26,19	21	50,00	10	23,81	42	100
Agreste	10	14,08	38	53,52	23	32,40	71	100
TOTAL	46	28,86	92	49,73	47	21,41	185	100

Quadro 9- Média dos procedimentos odontológicos básicos individuais no estado de Pernambuco, 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

Na análise dos dados destacam-se no ano de 2001 as mesorregiões do Sertão, Mata meridional e Agreste por possuírem mais de 52% dos seus respectivos municípios no intervalo baixo (0,00 | 0,29). Neste mesmo ano todas as mesorregiões apresentaram menos de 7% dos seus municípios no intervalo considerado alto (0,69 | 6,53).

Já para o ano de 2009 destaca-se a mesorregião Metropolitana, que apresentou mais de 80% dos seus municípios nos intervalos considerado moderado (0,29 | 0,69) e alto (0,69 | 6,53). Vale ressaltar que essa mesorregião apresentou o maior número de pessoas cadastradas para cobertura das ESB segundo dados do SIA/SUS do cadastramento familiar (BRASIL, 2010). Esse achado é semelhante ao de Pimentel (2010), o autor identificou que o indicador da média de procedimentos odontológicos era maior nas unidades da federação com maiores proporções de pessoas cadastradas no SIAB.

O padrão proposto pelo Ministério da Saúde é de 0,4 a 1,6 procedimentos de ação básica em odontologia/habitante/ano. (BRASIL, 2000). Observou-se, portanto, que quando comparados os anos 2001 e 2009 identifica-se que todas as mesorregiões apresentaram um aumento no número de municípios que atingiram o intervalo alto (0,69 | 6,53), aproximando-se assim do padrão mínimo exigido.

Diferente dos resultados observados nessa parte do estudo, Volpato e Scatena (2006) ao realizarem uma análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá no período de 1995-2002, observaram como resultado a diminuição do indicador de procedimentos odontológicos básicos individuais ao longo dos anos estudados.

	0,00 0,29
	0,29 0,69
	0,69 6,53

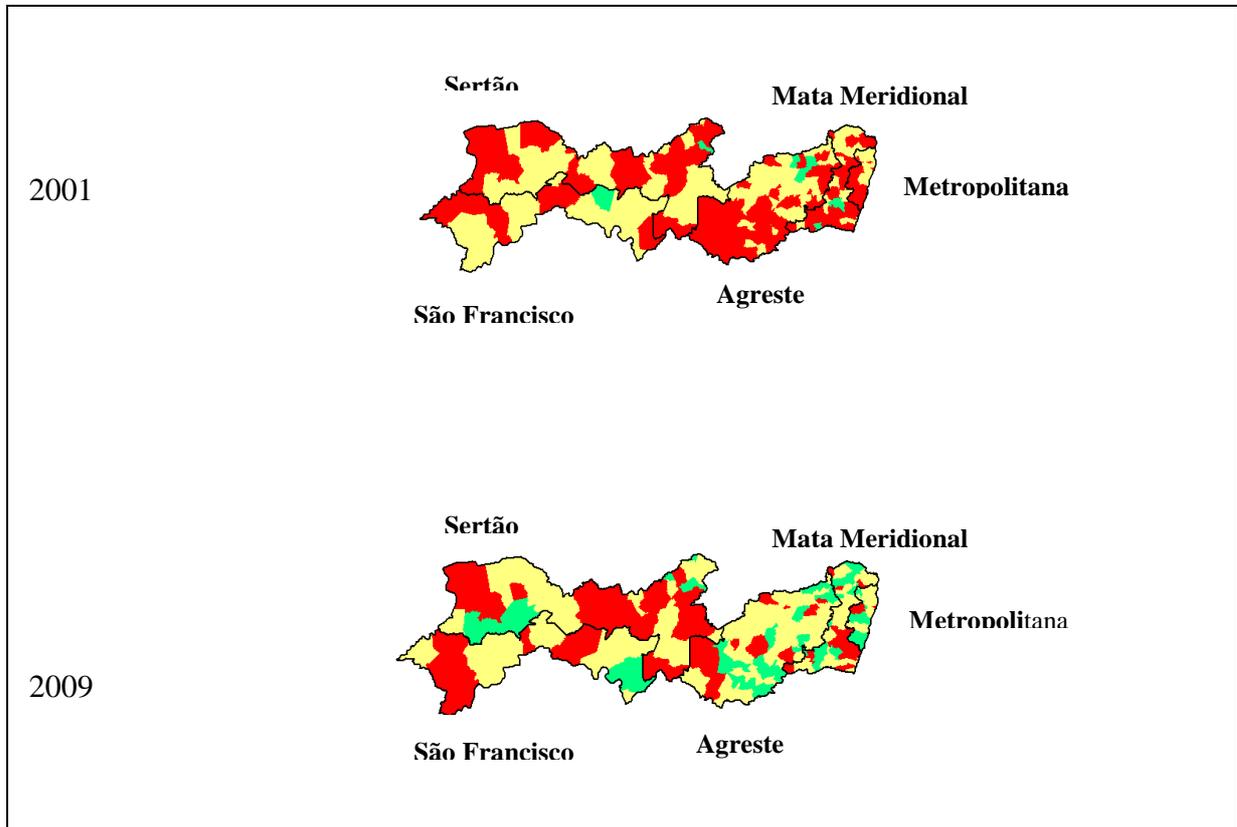


Figura 3- Distribuição do indicador da média dos procedimentos odontológicos segundo mesorregião. Pernambuco, 2001 e 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

Na comparação dos anos, ao analisar a figura 03 identifica-se uma diminuição no número de municípios que ocupavam o intervalo considerado baixo (0,00 | 0, 29) neste estudo, com destaque para a mesorregião do Agreste, que em 2001 apresentava 54,93% dos seus municípios neste intervalo; e em 2009 observa-se apenas 14,08%.

Segundo região administrativa, ao analisarmos os quadros 10 e 11 (abaixo) referentes à média dos procedimentos odontológicos básicos individuais, nos anos de 2001 e 2009, identifica-se para o ano de 2001 que as GERES III, V, VI, VIII, IX e X apresentaram mais de 60% dos seus municípios no intervalo considerado baixo (0,00 | 0, 29), com destaque para GERES V que apresentou mais de 80% de seus municípios neste intervalo.

	0,00 0, 29		0, 29 0, 69		0, 69 6, 53		TOTAL	
GERES	N	%	N	%	N	%	N	%
I	08	42,11	10	52,63	01	5,26	19	100
II	12	38,71	18	58,06	01	3,23	31	100
III	14	63,64	06	27,27	02	9,09	22	100
IV	13	40,62	17	53,12	02	6,26	32	100
V	17	80,95	04	19,05	00	00	21	100
VI	08	61,54	05	38,46	00	00	13	100
VII	02	28,57	05	71,43	00	00	07	100
VIII	05	71,43	02	28,57	00	00	07	100
IX	07	63,64	04	36,36	00	00	11	100
X	08	66,67	03	25,00	01	8,33	12	100
XI	03	30,00	06	60,00	01	10,00	10	100
TOTAL	97	52,43	80	43,24	08	4,33	185	100

Quadro 10- Média dos procedimentos odontológicos básicos individuais no estado de Pernambuco, 2001.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

	0,00 0, 29		0, 29 0, 69		0, 69 6, 53		TOTAL	
GERES	N	%	N	%	N	%	N	%
I	03	15,79	10	52,63	06	31,58	19	100
II	05	16,13	15	48,39	11	35,48	31	100
III	08	36,36	09	40,91	05	22,73	22	100
IV	05	15, 625	22	68,75	05	15, 625	32	100
V	01	4,76	09	42,86	11	52,38	21	100
VI	05	38,46	05	38,46	03	23,08	13	100
VII	02	28,57	05	71,43	00	00	07	100
VIII	03	42,86	04	57,14	00	00	07	100
IX	05	45,45	04	36,36	02	18,19	11	100
X	04	33,33	04	33,33	04	33,34	12	100
XI	05	50,00	05	50,00	00	00	10	100
TOTAL	46	28,86	92	49,73	47	21,41	185	100

Quadro 11- Média dos procedimentos odontológicos básicos individuais no estado de Pernambuco, 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

Ressalta-se ainda, na comparação dos anos estudados, que houve um aumento de cerca de 60% da média de procedimentos odontológicos básicos para o estado de Pernambuco. Uma vez que, em 2001 foi identificada uma média de 0,32 procedimentos por habitante/ ano e para 2009 foi observado uma média de 0,56 procedimentos por habitante/ano. Tais dados apresentam sintonia com os resultados obtidos por Soares (2005) no seu estudo sobre o panorama na atenção em saúde bucal no SUS do estado de São Paulo no período de 1999 a 2003. O autor identificou uma ampliação dos procedimentos odontológicos individuais, com uma média de 0,65 procedimentos por habitantes.

Resultado semelhante também foi obtido por Vasconcelos (2005) ao estudar a oferta e produção de serviços de atenção em saúde bucal no Estado do Rio de

Janeiro de 1996 a 2003, o autor identificou um crescimento na média de procedimentos odontológicos básicos, com um aumento nos índice de cobertura de 0,8 em 1999 para 1,2 em 2003.

Pimentel *et al.* (2008) no seu estudo sobre a evolução da assistência em saúde bucal na estratégia de saúde da família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007, também observaram um aumento no número procedimentos odontológicos básicos realizados. Entretanto, proporcionalmente este aumento foi pequeno correspondendo a 1,74% no período estudado.

Diferente dos autores acima, Martelli (2010) em seu estudo identificou que os procedimentos odontológicos básicos no município de Recife diminuíram (7,03%) ao longo de oito anos (2000 a 2007). O autor destaca ainda que esta involução na quantidade de procedimentos, com a introdução das ESBs, permitiu concluir que as Unidades Básicas Tradicionais apresentaram-se mais eficientes quanto à capacidade de produção de procedimentos odontológicos básicos individuais.

Ainda sobre a análise das regiões administrativas, as GERES I, II e IV foram as regiões que apresentaram uma maior densidade populacional. E, de acordo com a tabela abaixo foi identificado que essas regiões apresentaram, em 2009, o maior número de seus municípios no intervalo moderado (0,299 | 0,6999). Esses dados são semelhantes aos obtidos por Soares (2005) que observou nos municípios e nas regiões com maior densidade populacional, a média dos procedimentos odontológicos básicos sendo de 0,45 procedimentos por habitantes/ano.

A figura 04 (abaixo) mostra o mapa do estado de Pernambuco, com seus respectivos municípios, para o indicador da média de procedimentos odontológicos básicos nos anos de 2001 e 2009, segundo GERES. Através do mapa identifica-se uma diminuição no número de municípios que se encontravam no intervalo baixo (0,00 | 0,292), correspondendo a 54,43% (n= 97) em 2001, e 24,86% (n=46) no ano de 2009. Destaca-se ainda um aumento no número de municípios que se situavam no intervalo alto (0,699 | 6,533), passando de 4,23% (n=08) em 2001, para 25,40% (n=47) em 2009.

	0,00 0,29
	0,29 0,69
	0,69 6,53

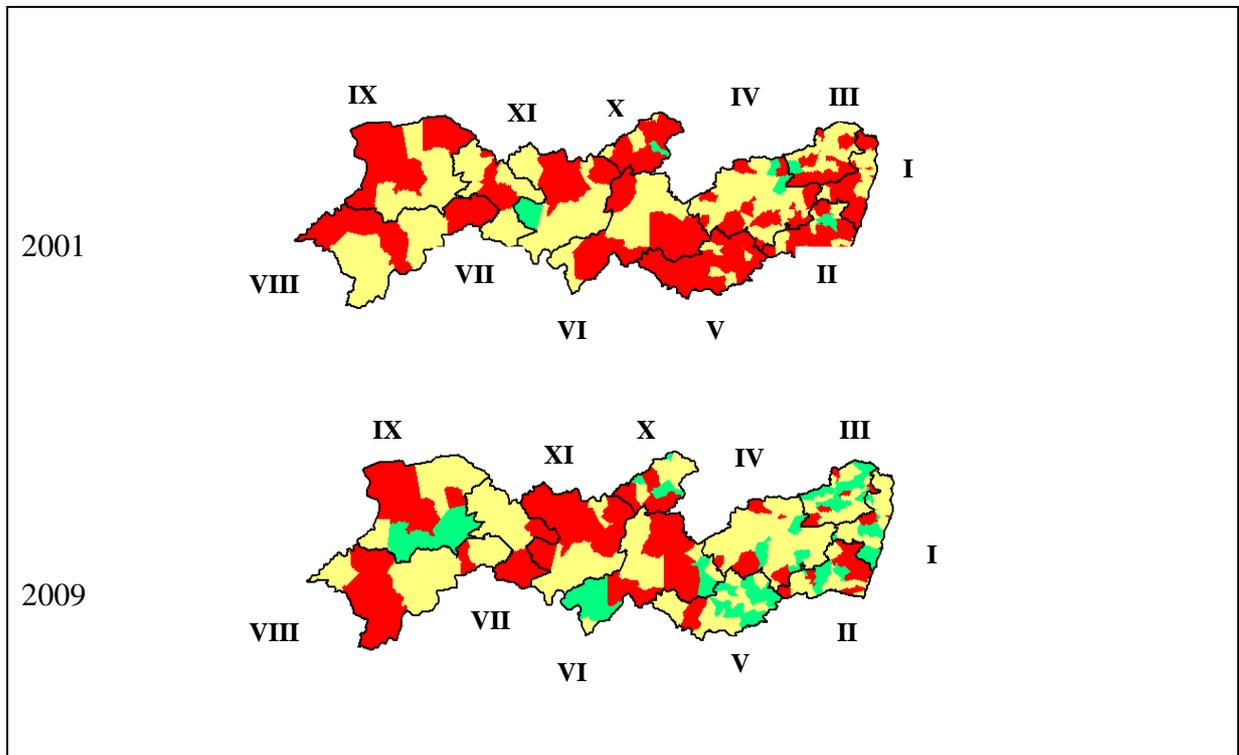


Figura 04- Distribuição do indicador da média dos procedimentos odontológicos segundo GERES. Pernambuco, 2001 e 2009.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS- DATASUS

Apesar da expansão do número de ESBs por todo estado, questiona-se se houve um expressivo aumento dos procedimentos da atenção básica em saúde bucal com a introdução das ESBs na Estratégia Saúde da Família. Pois, apesar do aumento de cerca de 60% da média dos procedimentos ao longo dos anos estudados, esse crescimento não acompanhou a expansão das equipes de saúde bucal que foi de quase 900%. Faz-se necessário repensar em estratégias que assegurem o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde bucal às ações de procedimentos odontológicos individuais.

6 Conclusões

Este trabalho examina o acesso da população ao atendimento odontológico individual nas Equipes de Saúde Bucal no estado de Pernambuco, com indicadores de primeira consulta odontológica e a média de procedimentos odontológicos básicos. Bem como verifica o processo de evolução quanto à cobertura das Equipes de Saúde Bucal, no período de 2001 a 2009.

Conclui-se que, no que se refere ao processo de evolução quanto à cobertura das Equipes de Saúde Bucal, verifica-se a expansão do número de ESBs no estado de Pernambuco e o aumento do número de municípios que possuem equipes de saúde bucal. Foi possível identificar que houve um aumento de 881,82% no número de ESBs ao longo dos anos estudados.

Os resultados apontados neste estudo mostraram que o indicador de primeira consulta odontológica, realizadas na atenção básica, apresentou um crescimento quando comparado os anos de 2001 e 2009, representando um aumento de cerca de 60%. De forma geral, esse aumento é proporcionalmente pequeno quando comparado ao percentual de evolução das ESBs no estado (881,82%).

Para a média de procedimentos individuais odontológicos conclui-se que houve um aumento no número de procedimentos por habitante/ano. Foi observado que o percentual de crescimento dos procedimentos entre 2001 e 2009 foi positivo (57,14%), porém esse percentual não acompanhou proporcionalmente o percentual de evolução das ESBs no estado (881,82%).

Logo, a análise dos indicadores da atenção básica em saúde bucal no período analisado permitiu concluir que a assistência oferecida no estado de Pernambuco, ainda está aquém do desejado, do necessário às comunidades e do idealizado pelo SUS.

Para melhores resultados se faz necessário que a gestão pública intensifique os esforços e recursos no sentido de aumentar a cobertura, a resolutividade e a qualidade das ações, principalmente para aqueles mais necessitados, para que possa, efetivamente, cumprir o seu papel na produção da saúde bucal. É essencial ainda a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde que tenha a vigilância à saúde, a promoção da saúde e a prevenção das doenças como pilares.

Finalmente, espera-se que as ESBs na Estratégia Saúde da Família possibilitem, ao longo dos próximos anos, um acesso mais satisfatório e efetivo a

população de Pernambuco. Desse modo, tornando o sistema mais equânime, com uma melhor assistência, possibilitando que os usuários sintam se parte integrante de um sistema de saúde eficiente, à medida que proporcione uma maior disponibilidade dos serviços odontológicos.

O desafio de construir um sistema de saúde bucal mais amplo e mais acessível deve continuar instigando as pesquisas na área. Pois, não se pretende esgotar o assunto, mas sim apontar caminhos que possam contribuir para a consolidação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, principalmente através de estímulos para que novos trabalhos sejam desenvolvidos com este tema.

Referências

ALBUQUERQUE, P. C. Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco: Avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios. Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq. Recife, 2007.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 219-227, 2006.

BALDANI, M. H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Revista brasileira de epidemiologia, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 150-62, 2010.

BARROS, S. G.; CHAVES, S.C.L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de preenchimento de instrumentação do SIA-SUS, Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <[http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/ indice. mansia.htm](http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/indice_mansia.htm)>. Acesso em: 14 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial [da República Federativa do

Brasil]. Brasília, 2006a. Disponível em :
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em:
03 jun. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM de 03 junho de 2003 Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília ,DF, 04 jun 2003. Disponível em :
<http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=2625&id_reg=3968&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=2625>. Acesso em : 20 jun. 2010

BRASIL. Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jul. 2004c. Disponível em :
<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1434_14_07_04.pdf>. Acesso em : 13 jun. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 601, 29 dez. 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, p. 67, 6 mar. 2001. Seção1.

BRASIL. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jan. 2004b. Disponível em :
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-74.htm>>. Acesso em : 13 jul. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.101, de 12 de Junho de 2002a. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jun. 2002. Disponível em:

<<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.372, de 7 de outubro de 2009. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 09 out. 2009. Disponível em : <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100825-2372>>. Acesso em : 23 jul. 2010.

BRASIL. Portaria nº 493, de 13 de março de 2006. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 13 mar. 2006b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 30 maio 2010

BRASIL. Portaria nº91/GM de 10 de janeiro de 2007. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 2007. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

BRASIL. Secretária da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura. Brasília, DF . 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília , DF, 2004a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> Acesso: 05 jun. 2010

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. Divulgação em Saúde para Debate, Florianópolis, n.21, p. 68-73, dez. 2000.

CAMARA, C. O. et al. Avaliação transversal da implantação de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, no Pará e em Belém. São Paulo, 20 Mar. 2007. Disponível em:<<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=708>> . Acesso em: 30 set. 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004, Brasília, DF. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). Perfil do cirurgião-dentista revela desigualdades regionais. Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/perfil-do-cirurgiao-dentista-revela-desigualdades-regionais/>>. Acesso em : 11 ago. 2010.

D'AVILA, O. P. et al . Impacto da estratégia de saúde da família no acesso a serviços odontológicos no estado do Rio Grande do Sul. Trabalho apresentado no X Encontro de Pós-Graduação, 2008, Pelotas. 2008. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_00741.pdf>. Acesso em: 25 ago 2010.

DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. NewYork: Oxford University . 2003.

FERNANDES, L. S.; PERES, M A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.6, p.930-936, 2005.

FISCHER, T. K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 126-38.2010.

GIUSTINA, A. C. B. D. Indicadores de Saúde Bucal na Atenção Básica: Avaliação e Planejamento das Ações em Cabedelo-PB. 2006. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família)- Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva- PB, João Pessoa, 2006.

GOMES, A. C. I. A inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família: atribuições e responsabilidades do Gestor Estadual. Congresso do Cirurgião-dentista de Sertão de Pernambuco, 2, 2001, Triunfo. Resumo do seminário sobre o tema. Recife: Conselho Regional de Odontologia, 2001. p.25.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p 57-66, 2000.

IBGE. Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppe.def>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- 1998: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008 - Síntese dos indicadores. Rio de Janeiro, 2008.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan, 2008.

LESSA, C. F. M.; VETTORE, M. V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. Saúde e Sociedade São Paulo, São Paulo, v.19, n.3, p.547-556, 2010.

MARTELLI, P.J.L.M. Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial. 2001. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

MARTELLI, P.J.L.M. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: Um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife- PE no período 2000 a 2001. 2010. Tese (Doutorado), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MARTINO, L. V. S.; BOTAZZO, C. Acesso e saúde bucal na Baixada Santista. In: BERSUSA, A. A. S. et al. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista. São Paulo: Art Printer, 2008. p.173-192.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. (Org.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 135-151

MOREIRA, R.S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p. 1665-1675,2005

OLIVEIRA FILHO, M. L. et al. Avaliação do impacto do PSF nos indicadores de saúde bucal do município de Mossoró(RN).2005. Monografia (Especialização)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, 2005.

OLIVEIRA, L. M. A. Saúde Bucal em Pernambuco: Acesso e Utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001. 2002. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

PADILHA, W.W.N. et al. Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família do estado da Paraíba: estudo qualitativo. Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 65- 74, 2005

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PATRICIO, A. A. R. Impacto do Programa de Saúde da Família sobre os indicadores de saúde bucal na população de Natal –RN. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

PATRIOTA. C. M. M. A cobertura das ações de Saúde Bucal no Recife no período de 2000 a 2005. 2006. Monografia (Residência Multiprofissional em saúde Coletiva)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

PATUSSI, M. P.; COSTA, J. S. D.; TOMITA, N. E. O uso da epidemiologia nos serviços de atenção à saúde bucal. In: Costa Junior, O. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 322-324.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.121-130, 2004.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de Serviços odontológicos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p. 985-996, maio. 2009.

PIMENTEL, F. C. A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais. 2010. Dissertação (Mestrado)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

PIMENTEL, F. C. et al. Evolução da assistência em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v.32, n.2, p. 253-264, maio/ago., 2008.

PINHEIRO, J. A. A promoção da saúde e as políticas de saúde bucal do Distrito Federal. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 999-1010, 2006.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871- 80. 2008.

RONCALLI, A. G. Panorama do acesso à saúde bucal no Brasil. Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva, Porto Alegre, Suplemento Especial, XVII Enatespo, 2002.

SÁ, D. A. Atenção à Saúde no Brasil- um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). 2002. Dissertação (Mestrado) -Centro de pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

SÁ, D. A. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS Brasil, 1995 e 1998. 2000. Monografia (Residência) - Centro de pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.

SÁ, M. G. N. D. O processo de construção do Pacto de Indicadores da Atenção básica: o caso Salgueiro. 2004. Monografia (Especialização em Saúde da Família)- Núcleo de Especialização em Saúde Coletiva- Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva, Recife, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo, em 2000: projeto SB 2000 – condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000 – ampliação da amostra para o Estado de São Paulo. São Paulo: Centro Técnico de Saúde Bucal, SES, 2002.

SHIROTA, M. Análise do acesso aos serviços odontológicos da população brasileira no final do século XX- PNAD 1998 (IBGE). 2002. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SILVA, S. F. A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco. 2006. Monografia (Residência) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

SOARES, M. C. Panorama da atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a 2003. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOUZA, D. S. et al. A inserção da saúde bucal no PSF. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, Florianópolis, v. 2, n. 2, p.13-29, jul./dez.2001.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

SULIANO, A.A.; BARBOSA, M.B.C.B. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. In: BARBOSA, M.B.C.B.; BRUNO, G.B.; SOUZA, E.H.A. Saúde Bucal no PSF. Juazeiro do Norte : Faculdade de Medicina , 2004.

TANAKA, O. Y. ; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente : um modo de fazer. São Paulo:Edusp. 2004.

TERRERI, A. L. M.; GARCIA, W. G. A contribuição dos bancos de dados sobre desenvolvimento social e saúde para a reorganização do modelo municipal de saúde bucal. Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva, Florianópolis, v.2, n. 1, p.25-33, 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA E; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VASCONCELOS, M. F. Análise da Oferta e Produção de Serviços de Atenção em Saúde Bucal no Estado do Rio de Janeiro de 1996 a 2003, e sua Relação com os Processos de Regionalização e Descentralização. 2005. Dissertação (Mestrado)-Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

VOLPATO, L. E. R.; SCATENA, J. H. Análise da política de saúde bucal no município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília/DF, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

ZANETTI, C. H. G. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica. Brasília: UNB, 2000. Disponível em: <www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminhm>. Acesso em : 22 ago. 2010.