

Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações

Oral health in family health strategy:
from social inequalities to actions improvement

Leonardo Carnut ¹
João Luís da Silva ²

Resumo

O presente artigo se propõe a revisar o embasamento teórico e a justificativa conjuntural da inserção das ações de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família (ESF) tomando como base os modelos de determinação social do processo saúde-doença e conjuntura social da época. Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na Atenção Primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no início dos anos 1990, e, mais adiante, o Programa Saúde da Família. Mesmo com o novo arcabouço jurídico-institucional da saúde bucal no SUS, os contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais ainda são uma realidade pungente. Transformar as ações em saúde bucal em um direito passa pela compreensão de que estamos imersos em um contexto de desigualdades geradas por uma ordem mundial que privilegia o lucro, o consumismo, a política de Estado Mínimo e o individualismo, em detrimento da concretização de direitos sociais como o acesso à saúde e educação públicas.

Descritores: saúde bucal. odontologia em saúde pública. PSF. SUS. equidade em saúde. desigualdades sociais

Keywords: oral health. public health dentistry. family health strategy. unified health system. equity in health. social inequalities

Abstract

This article aims to review the theoretical basis and justification of the insertion of oral health actions in the FHT based on models of social determinants of health-disease process and in the social situation at the moment. Historically, the first initiatives of Ministry of Health (MH) were dedicated to change in health care with emphasis on primary care at a time when the community health agents were established in the early 1990s, and later, the FHTs. Even with the new legal and institutional framework for oral health in the UHS, social contrasts and the exclusion of a significant population groups from the basic health care are still a poignant reality. Transforming the actions of oral health on a right is linked to the idea that we are immersed in a context of inequality made by a world order where profit, consumerism, politics Minimum State and individualism are the expressive barriers to achieve social rights as health and education.

¹ Doutorando em Saúde Pública (Área de concentração: Serviços de Saúde Pública), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (FSP-USP)

² Cirurgião-dentista Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Para correspondência:
Leonardo Carnut
email: leonardo.carnut@usp.br

Data da Submissão: 12/11/2012
Data do Aceite: 12/12/2012

Introdução

A inserção da saúde bucal no saúde da família veio em momento oportuno de concretização da integralidade do Sistema Único de Saúde de forma a responder as demandas impostas pela sociedade nos idos dos anos '90¹⁻⁴, considerando que as doenças bucais apresentavam grandes diferenças regionais e o acesso ao cirurgião-dentista era limitado⁵.

Em face a estes desafios, uma cadeia normativa incorporava as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família de modo a reduzir os índices de morbidades bucais e tornar o acesso à saúde bucal menos iníquo⁶⁻¹⁰. Todavia, anos se passaram e a equidade no acesso a saúde bucal ainda é um problema a ser enfrentado principalmente devido à íntima relação das doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis¹¹⁻¹⁶.

Nesse sentido, o presente artigo visa revisar criticamente o embasamento teórico e a justificação conjuntural da inserção das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Para isso tomou-se como base os modelos de determinação social do processo saúde-doença aplicados às condições de saúde bucal e as evidências existentes sobre essa temática na literatura corrente e a descrição da conjuntura histórica que proporcionou os argumentos e oportunidades suficientes para esta inserção.

Desigualdades sociais em saúde bucal e estratégias de enfrentamento do problema no âmbito do sistema e dos serviços

Desigualdades Sociais e Saúde Bucal – Evidências e Modelos Explicativos

A profunda desigualdade social e de renda existente no Brasil se expressa, quase inevitavelmente, no padrão de saúde-doença da população, que se diferencia, mais ou menos intensamente, entre os segmentos sociais e conforme a questão de saúde analisada¹⁷. Os diferenciais de saúde segundo condição socioeconômica podem ser descritos e explorados analiticamente com vistas à identificação de injustiça social na distribuição da carga de doença¹⁸, Sapag e Kawachi¹⁹ acrescentam que não

apenas o Brasil, mas a América Latina como um todo sofre com as desigualdades sociais. Estes autores salientam que especialmente a pobreza e a iniquidade social tornam o desafio mais complexo, devendo-se encontrar respostas mais elaboradas e globais que permitam alcançar uma verdadeira mudança social.

O fato é que, para se enfrentar as desigualdades sociais deve-se primeiro entender os paradigmas que norteiam sua definição. Segundo Leeder²⁰ *apud* Antunes a desigualdade social pode ser classificada por dois paradigmas distintos. O primeiro, seria o paradigma da *liberdade e oportunidade*. Este envolve a perspectiva de que a diferenciação socioeconômica entre os seres humanos pode estar associada a valores humanos fundamentais: liberdade, realização das potencialidades individuais. Nesse sentido, atribui-se um aspecto positivo proeminente à desigualdade socioeconômica resultante dessa diferenciação; a realização das oportunidades pode ser causa e consequência do acesso a melhores condições de saúde. Já o segundo, denominado paradigma da *igualdade e equidade*, envolve a perspectiva de que a diferenciação socioeconômica entre os seres humanos pode estar associada à exploração e injustiça social. Nesse sentido, atribui-se um aspecto negativo proeminente à desigualdade socioeconômica resultante dessa diferenciação: a privação material podendo ser causa e consequência de dificuldades no acesso a melhores condições de saúde.

Provavelmente baseado no paradigma da igualdade e equidade, o Sistema Único de Saúde considerou-o como um de seus princípios doutrinários: a universalização, a integralidade e, de modo relevante, a equidade, objetivando diminuir as desigualdades, investindo mais onde a carência e a necessidade são maiores, portandose como um princípio de justiça social. No entanto, as desigualdades sociais ainda se refletem nos níveis de saúde da população de forma marcante, o que fez com que alguns autores elaborassem modelos teóricos que elucidassem de forma prática a determinação social das enfermidades sobre as populações^{21,22,18}.

Almeida-Filho²¹, observou importantes lacunas teóricas no que diz respeito aos domínios simbólico e da cotidianidade que demandam uma alternativa conceitual que se pode chamar de "teoria do modo de vida e saúde". Um modelo teórico da determinação social, no caso do seu estudo, das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis com base na relação modo de vida e saúde não se

constrói pela negação das contribuições das diferentes teorias sociais da saúde. Ao contrário, deve-se buscar uma incorporação dos principais elementos dos quadros teóricos revisados para formar uma estrutura explicativa mais avançada. Em seu modelo é necessária teorização sobre as relações complexas entre “modo de vida” (ou práticas da vida cotidiana, na linguagem de Mário Testa) e determinantes-processo-efeitos sobre a saúde individual e coletiva nesse caso se encaixando “como uma luva” aos modelos de determinação social da epidemiologia contemporânea ²³.

Estudando modelos teóricos de determinação social da odontalgia, Bastos et al ²² propõem a incorporação das dimensões daqueles anteriormente apresentados, considerando os aspectos da estrutura social, tais como características do ambiente, sistemas/serviços de saúde, condições socioeconômicas e características demográficas que influenciam direta ou indiretamente na ocorrência do desfecho das morbidades bucais. O ambiente social constituiria um dos caminhos indiretos pelos quais a estrutura social ilustrada poderia atuar sobre a odontalgia. No entanto, há que se reconhecer as dificuldades inerentes à mensuração desta categoria analítica e, mais especificamente, da dimensão ‘suporte social’ demarcada, tipicamente subdividida nas dimensões: emocional, instrumental, e informativa. Via direta pela qual a estrutura social poderia influenciar a ocorrência de odontalgia é o saneamento e a provisão de água fluoretada, que possui papel reconhecido sobre prevenção da cárie dentária e de suas conseqüências. Ainda, características demográficas poderiam tanto modificar ambientes sociais como agir diretamente sobre a ocorrência de dor dentária por meio de mecanismos biológicos, como por exemplo, as diferenças hormonais identificadas entre homens e mulheres, que poderiam ter algum papel na percepção da dor.

Um dos principais desafios desses modelos explicativos é o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais globais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas ²⁴. Sob a análise marxista, aspectos estruturais da divisão de classes da sociedade capitalista acabam por induzir um perfil de adoecimento próprio de determinada classe ²⁵⁻²⁷, por isso entender os diferentes perfis de doença e suas mediações sociais ultrapassa, portanto, o estudo de variações

biológicas e incorpora o foco na dimensão social ²⁸. Muitos esforços têm sido feitos para redução das iniquidades em saúde de uma forma geral. Vários autores vêm lançando mão de conceitos advindo das ciências sociais para vislumbrarem soluções alternativas. Conceitos como o de *coesão social* e de *capital social* têm se mostrado como alternativas viáveis para o entendimento e enfrentamento do problema de forma macrosocial ^{29,24,30,18,19}.

As doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal, etc.) também são doenças crônicas não-transmissíveis e têm modelos de determinação social propostos. No passado, explicações biologicistas imperavam no pensamento teórico sobre cárie dentária, fruto das descobertas bacteriológicas da época. Hoje, a odontologia coletiva passa a evidenciar os contrastes relacionados à doença e classe social, que representam outro aspecto da relação do meio social com a prevalência da doença, traduzido na forma desigual com que a cárie é sentida em grupos populacionais distintos ¹⁶. Muitos estudos associam fortemente as desigualdades sociais e os determinantes sociais com a etiologia da cárie e suas conseqüências (perda dental e dor de dente), especialmente a baixa escolaridade dos pais e renda familiar ¹¹⁻¹⁶.

No estudo de Peres et al ¹¹, no qual os autores realizaram um estudo transversal na faixa etária de 6 anos aninhado com um coorte no sul do Brasil, o mesmo menciona que a classe social dos pais atua como fator distal da prevalência de cárie em crianças com dentição decídua. Estes citam ainda que outros indicadores de condição socioeconômica (renda familiar e escolaridade da mãe) apresentam melhor qualidade de ajuste.

De acordo com Bastos, Nomura e Peres ¹², baixa renda familiar e baixa escolaridade materna estiveram associadas a prevalência de dor de dente em concordância com outros estudos. O componente cariado esteve associado também com a dor de dente depois do ajuste para outras variáveis, o que indica que cáries não tratadas, sua severidade e conseqüências ainda requerem intervenções mais adequadas para a sua redução/controlar.

Nos estudos de Goes et al ¹⁵ relataram associação entre dor de dente e as condições socioeconômicas com escolares de baixa condição socioeconômica apresentando 1,6 vezes (1,2-2,2 IC 95%, p < 0,001) mais dor de dente quando comparado aos seus colegas de condições socioeconômicas alta. O excesso de dor de dente no estrato de pior condição socioeconômica

persistiu significativo mesmo após ajustes por frequência de atendimento pelo dentista.

Para Bastos, Gigante, Peres e Nedel²² as condições socioeconômicas mais marcantes na determinação social da cárie dentária seriam a renda e o grau de instrução. Estes argumentaram que escolaridade e renda poderiam influenciar a ocorrência de dor de dente, na medida em que indivíduos mais abastados e/ ou com maior grau de instrução teriam mais chance de viver em habitações de melhor qualidade e com instalações básicas, que poderiam prevenir infecções e doenças. Além disso, estes grupos poderiam ter maior chance de: (a) desenvolver hábitos saudáveis em saúde bucal; (b) apresentar renda suficiente para aquisição de produtos de higiene oral; e (c) fazer escolhas saudáveis em suas dietas.

Meneghim, Kozlowski e Pereira¹³ demonstraram que esse conjunto (menor renda, menor grau de instrução e habitação não própria), constituintes de classes sociais mais baixas, têm relação com uma prevalência maior de cárie dentária. De acordo com Barabato, Nagano, Zanchet e Boing, 2007 as perdas dentárias estão fortemente associadas com indivíduos residentes em zona rural, com as mulheres, com os mais pobres, com os de menor escolaridade e com aqueles de idade mais avançada.

Corroborando os achados acima, Narvai et al³¹ resumem a marca da desigualdade social demonstrando a polarização da doença cárie nos estratos mais pobres da população. Segundo os autores No contexto brasileiro, apesar dos inegáveis avanços no declínio do CPO-D, ainda persiste um quadro de iniquidade na distribuição da cárie, que pode ser explicado pelas precárias condições de existência a que é submetida a ampla maioria da população, configurando um quadro de *apartheid* social.

Equidade em saúde como estratégia ao enfrentamento das desigualdades sociais

A palavra equidade no aspecto semântico está bastante próxima à palavra igualdade, podendo até constar como seu sinônimo. A etimologia de ambas revela o mesmo elemento formador, “*equ-*”, antepositivo do latim “*aequus*” que pode significar unido, justo, imparcial ou favorável. Enquanto a palavra equidade é um vocábulo formado no próprio latim, a palavra igualdade é introduzida em língua de cultura³².

No mundo contemporâneo de flagrantes

de desigualdades socioeconômicas, a saúde pública traz a discussão sobre desigualdade justa, da teoria política para o campo da saúde, por meio do conceito de equidade em saúde. Segundo os descritores em saúde da base de dados do Lilacs a equidade pode ser relacionada com o *estado de saúde e acesso a serviços de saúde*, logo equidade implica em: (a) em relação às condições de saúde, redução de diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível; (b) em relação aos serviços de saúde, recebimento de atenção em relação à necessidade e contribuição na capacidade de pagamento³³.

Para Magalhães²⁸ equidade é entendida como a ausência de diferenças nas condições de saúde entre os segmentos mais e menos privilegiados socialmente. Tomando como base o conceito de vulnerabilidade social, as pessoas inseridas em posições sociais menos privilegiadas são expostas a muitos fatores de risco diferentes e como estes fatores podem interagir entre si, a vulnerabilidade ao efeito de uma causa específica tende a ser maior nestes grupos do que entre os membros dos setores sociais mais privilegiados³⁴.

Porém, analisando o emprego do termo equidade nas Conferências de Saúde pelo Brasil, Pinheiro, Westphal e Akerman³³ constataram que o termo equidade é utilizado poucas vezes e até de modo indevido. O tratamento do tema é incompleto, não destacando grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades em saúde, o que indica uma resistência inicial à incorporação do conceito como um critério para a elaboração das diretrizes de políticas públicas. O discurso a respeito da equidade permanece geral e amplo, apresentando avaliações e proposições vagas e inespecíficas.

A defesa da equidade como modo de dirimir as injustiças sociais está fincado na Constituição Federal de 1988 e constitui-se um dos pilares do Sistema Único de Saúde, caracterizando-se com um dos princípios norteadores do sistema¹. Porém operar a equidade tem sido um desafio constante na implementação da saúde pública no país, em especial na abordagem em nível local pela estratégia de saúde da família. Uma das alternativas encontradas à nível central para induzir equidade no sistema tem sido o financiamento diferenciado das ações em saúde às regiões que possuem quadros marginais de saúde e inclusão social. Equipes de Saúde da Família (ESF) tipo I, que são aquelas que são implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento

Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou que são implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) ou ainda que são implantadas em municípios que atendem a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos, possuem repasse federal maior em relação às equipes que são instaladas em áreas que não apresentam tanto risco social. Ainda nessa perspectiva, blocos financeiros de Saúde Indígena, Saúde Penitenciária e Compensação de Especificidades Regionais reforçam o caráter de equidade que o financiamento pode dispor na tentativa de inclusão social de grupos historicamente esquecidos².

Analisando a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) pactuada em 2006 através do Pacto pela Saúde, pode-se notar que um dos preceitos da atenção básica brasileira é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a atenção básica como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade². Fica claro no texto da PNAB que o documento se refere à *equidade* no tocante ao *acesso aos serviços de saúde*.

A definição de *acesso aos serviços de saúde* tende a ser complexa. Não obstante, vale salientar que acesso é muito mais abrangente do que apenas a utilização de um serviço de saúde. O acesso está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso^{35,36}. É um conceito cuja perfeita definição ainda oferece dificuldade aos especialistas^{37,38}. Vai além da entrada nos serviços, segundo a concepção de alguns³⁹. Tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde, ou seja, se refere à adequação entre as características do serviço oferecido e as expectativas e necessidades trazidas pelo paciente^{37,40} enquanto que a utilização dos serviços é o encontro comportamental entre o usuário e o profissional de saúde que o conduz dentro do sistema⁴¹.

Segundo documentos oficiais, embora a descentralização dos serviços tenha contribuído para o processo de superação das barreiras geográficas sobre o acesso aos serviços⁴², é fato

que o acesso aos mesmos ainda são iníquos, devido à persistência das diferenças regionais causadas pelas desigualdades sociais⁴³ que passam despercebidas pelos profissionais da atenção básica, mesmo essa análise fazendo parte das atribuições do processo de trabalho da equipe multiprofissional². Em consequência disto, a nível local, as iniquidades de acesso à saúde bucal ainda perduram mesmo após o investimento maciço do governo federal na estruturação do Brasil Sorridente e a inclusão das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família^{6,7,9}. No entanto há evidências de que a utilização de serviços de saúde entre grupos sociais distintos é provocada por diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento.

Pinheiro e Torres⁴⁴ realizaram um estudo "Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil" com o objetivo de analisar a relação entre as características dos indivíduos e do contexto no uso de serviços odontológicos no Brasil, e analisar as diferenças entre grupos populacionais nas proporções de uso destes serviços entre os anos de 1998 e 2003. Foram analisados os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD) de 2003, a partir de modelo logístico hierárquico das chances de um indivíduo nunca ter consultado o dentista, segundo características do indivíduo e do contexto das unidades da federação. A redução no percentual dos que nunca foram ao dentista, observada entre 1998 e 2003, foi semelhante na maioria dos grupos, exceto para os 20% mais ricos e para os com plano, que apresentaram as maiores reduções (24,5% e 17,9%, respectivamente), e para os fora da faixa etária 5 a 14 anos, que apresentaram as menores reduções (percentuais em torno de 10% e menores). A diferença observada na redução da proporção dos que nunca foram ao dentista entre as categorias de renda apontou para um pequeno aumento na desigualdade no uso de serviços odontológicos: a proporção dos que nunca foram ao dentista foi 8,2 vezes maior entre os mais pobres em relação aos mais ricos em 1998, e foi de 9,5 em 2003.

Em estudo recente, Rocha e Góes⁴⁵ buscaram avaliar os fatores associados ao acesso aos serviços odontológicos na cidade de Campina Grande - Paraíba, bem como, comparar áreas

cobertas e não cobertas pelo Programa Saúde da Família (PSF) e a associação com o acesso aos serviços odontológicos. Os resultados mostraram que aqueles que residiam em áreas não cobertas pelo PSF obtiveram 1.5 vezes mais chance de ter acesso (OR = 1.5; IC 95% = 1.1-1.9; p = 0,004) aos serviços odontológicos quando comparados aos que residiam em áreas cobertas por PSF, no entanto esta probabilidade diminuiu, perdendo a sua significância (OR = 1.1; IC 95% = 0.8-1.6; p = 0,337) após ser ajustado para sexo, idade, renda individual, escolaridade e autopercepção de saúde. Assim, os fatores sócio-demográficos foram os principais preditores do acesso aos serviços odontológicos em Campina Grande/PB. Não foi evidenciado a associação entre residir em uma área coberta pelo PSF ou não coberta com o acesso aos serviços odontológicos.

A determinação equânime de quem necessita de atenção é falho e demonstra uma incapacidade das equipes de saúde bucal de administrarem os dados de sua própria área adstrita; Baldani et al ⁴⁶ citam que apenas 33% dos cirurgiões-dentistas fazem uso da informação no planejamento de ações de saúde. Vários documentos oficiais e normativos frisam a necessidade de se planejar e programar a demanda na atenção básica ^{2,6}, porém pouco tem sido feito em prol deste fim. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal admite como pressupostos das ações de saúde bucal o uso da epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento como também o acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados centrando sua atuação na vigilância à saúde ². Segundo Ely, Cesa e Aerts ⁴⁷ é importante a formulação de políticas de vigilância que se proponham não apenas a redução de riscos a saúde como também a redução das desigualdades de acesso aos serviços.

A inserção das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família como forma de dirimir as desigualdades no acesso aos serviços

O Contexto da Saúde Bucal no Brasil nos anos '90

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um grande avanço social e político considerando que seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os

níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. Como resultado, a busca de respostas ao desafio político-sanitário do SUS produziu uma série de opções programáticas que, em alguns aspectos romperam com os modelos anteriores ². No entanto, na época de sua criação, o Sistema de Saúde foi alvo de críticas e passou por um processo de descrédito pela mídia que lhe imputava sérios desafios a sua sobrevivência ⁴⁸. Por ser, claramente, um projeto anti-neoliberal, portanto, contra-hegemônico, a construção do SUS, tal como proposto pela reforma sanitária, foi objeto de boicote também por diversos os governos federais, desde sua aprovação em outubro de 1988 ⁴.

Neste contexto, a saúde bucal procurava reestruturar-se no novo contexto público de atenção à saúde. Retratar a saúde bucal da população brasileira constituía um reinício aos processos de instituição de uma nova saúde bucal, após a passagem de modelos de atenção de características excludentes e clientelistas ⁴. Dez anos após o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as secretarias estaduais e municipais de saúde, o Segundo Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira ⁴⁹. Após análise dos dados verificou-se que a média do CPO-D aos 12 anos tinha caído para 3,06. Porém notou-se que o CPO-D médio evoluiu de 0,28 aos 6 anos para 1,53 aos 9 anos, atingindo 3,06 aos 12 anos. Crianças de 12 anos das capitais da região Norte apresentaram CPO-D de 4,27, enquanto nas capitais das regiões Sul e Sudeste apresentaram CPO-D de 2,41 e 2,06, respectivamente, evidenciando marcantes diferenças regionais ⁴⁹.

No âmbito do controle social, as Conferências Nacionais de Saúde Bucal se consolidavam como espaço de exercício de cidadania com a cobrança do direito à saúde bucal através de vários atores sociais representantes das diversas categorias. A implementação das resoluções da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal dependeria do trabalho com os conselhos de saúde, para que as resoluções fossem

absorvidas como diretrizes políticas e, a partir daí, fossem definidas as prioridades e os programas locais. Assegurar o cumprimento do dever constitucional do Estado de proporcionar saúde era fundamental, além do trabalho com os governos estaduais e municipais para que a saúde bucal fosse incluída entre as ações de saúde desenvolvidas. Pode-se dizer que a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi uma resposta legítima da sociedade civil organizada de não aceitar uma situação iatrogênica, excludente e ineficaz⁵⁰.

Acompanhando o contexto histórico, em 1998 foi publicada a Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio (PNAD), que desta vez, contou com um complemento-saúde onde foi avaliado o acesso ao dentista no mesmo ano. Com base nesses dados Barros e Bertoldi⁵ concluíram que em média 18,7% da população brasileira nunca tinham visitado um dentista na vida. Em números absolutos isso significava mais de 38 milhões de brasileiros que nunca tiveram acesso a qualquer tipo de serviço odontológico. Em uma análise regional, no Estado de Pernambuco, o percentual de pessoas que nunca tiveram acesso ao dentista chegou à marca dos 21% da população da região.

Especificamente em relação ao SUS, este foi responsável por 52% dos atendimentos não odontológicos e por 24% dos atendimentos odontológicos. Neste item encontrou-se o maior diferencial entre os grupos de renda: a proporção de atendimentos odontológicos pelo SUS foi 16 vezes menor entre os mais pobres, os quais utilizaram três vezes menos os serviços do que os mais ricos. Foram também muito grandes as desigualdades no acesso aos serviços. O grupo mais pobre apresentou uma tendência de redução de acesso com a idade, contrária à tendência global observada. Isto provavelmente é explicado pela diferença de financiamento no atendimento: enquanto nos grupos mais favorecidos uma idade maior propicia mais recursos para o pagamento do atendimento, no grupo mais pobre, esse avanço na idade acaba por reduzir a oportunidade de acesso ao sistema público. Nunca ter consultado o dentista é um indicador bastante negativo relacionado à falta de acesso aos serviços odontológicos. Os resultados mostraram que estas proporções persistem e que ainda existe grande diferencial de uso de serviços odontológicos entre grupos populacionais e unidades da federação no Brasil⁵.

A instalação de desigualdades regionais

nas condições de saúde bucal da população brasileira vítimas de uma política de 'Estado Mínimo', aliada a pressão popular e dos pensadores da saúde bucal coletiva no afã de instituir de fato a descentralização dos serviços de saúde⁴, aliados ao resultado da PNAD/98 levaram ao Ministro da Saúde, na época José Serra, a assinar, em 28 de dezembro de 2000, a portaria 1.444 que oficializaria o financiamento de ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica em resposta ao baixo acesso aos serviços odontológicos e a alta prevalência das morbidades bucais na população brasileira^{6,51}.

A partir de 2002, o Brasil passou a ter um governo que promoveu mudanças significativas no setor saúde. Essas mudanças colocaram "em outro patamar" os princípios da Reforma Sanitária e do ideário do SUS, e possibilitaram a redefinição da Política Nacional de Saúde Bucal e instituição do Programa Brasil Sorridente⁴.

Inserção da Saúde Bucal no Programa (Estratégia) Saúde da Família

A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria meramente curativas, mutiladoras, e, ainda assim, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores, o que caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas, o que era facilitado pelo fato de não haver uma política nacional específica para o setor². Os modelos anteriores foram concebidos para atuar em clientela específica e existiram como principal ou única forma de acesso aos serviços odontológicos⁵².

De acordo com Fausto e Motta⁵³, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países, desde a década de 1960, para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar transformar o enfoque curativo, individual e hospitalocêntrico - tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais - em um modelo

preventivo, coletivo, territorializado e democrático. Ainda conforme esses autores, em diversos momentos, a APS tem sido descrita falaciosamente como uma estratégia seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Em contrapartida, os defensores da saúde como um direito advogam um sentido ampliado, sistêmico e integrado de APS, que possibilita articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações.

Nesse sentido, são reconhecidos como componentes que caracterizam um sistema de saúde baseado na APS: o acesso e cobertura universal; a atenção integral e integrada; a ênfase na prevenção e promoção; a atenção apropriada (um sistema que não está focado na atenção ao órgão ou à enfermidade, mas na pessoa como um todo e em suas necessidades sociais e de saúde); a orientação familiar e comunitária; a organização e gestão otimizadas; as políticas e programas que estimulam a equidade; o espaço onde ocorrer o primeiro contato com o sistema de saúde; a atuação de recursos humanos apropriados; um planejamento que disponha de recursos adequados e sustentáveis e, por fim, a associação com as ações intersetoriais de enfoque comunitário^{54,55}.

A partir de 1986, com o Movimento pela Reforma Sanitária, a discussão sobre o conceito de saúde e doença traz a proposta de se realizarem novas ações em saúde, iniciando, assim, o desenvolvimento de projetos de saúde comunitária e de família e o desenho de um novo modelo de organização dos serviços de saúde². Assim, Fausto e Motta⁵³, afirmam que, na política de saúde brasileira, predomina a compreensão da APS como o primeiro nível de atenção ou o momento em que se inicia o processo da atenção dentro do SUS, sendo também cada vez mais compreendida como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção. Os mesmos autores consideram ainda que, em termos históricos, as primeiras iniciativas do MS dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na Atenção Primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no início dos anos 1990, e, mais adiante, o Programa Saúde da Família (PSF).

A implantação do PACS – que antecedeu a formação das primeiras equipes de Saúde da Família em 1994, as quais incorporaram e

ampliaram a atuação dos agentes comunitários – consistia numa estratégia que priorizava as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, cujo atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes, criando vínculos de coresponsabilidade entre estes e a população acompanhada, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade².

Em 1994, o MS institucionalizou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência à saúde que organizava a APS. Contudo, a partir de 1996, o MS começou a romper com o conceito de programa, que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF) – como apontam Corbo e Morosini⁵⁶ e Corbo, Morosini e Pontes⁵⁷ – por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país⁵⁸. Mesmo com a mudança na nomenclatura, o cirurgião-dentista ainda não estava inserido nessa nova proposta.

Contudo, alguns municípios no Brasil partiram para o enfrentamento da questão de forma autônoma, sendo as primeiras cidades a incluírem a saúde bucal na ESF, como foi o caso de Curitiba e Santos⁵⁹. Em 2001, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo MS, que propiciou a inserção das equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, com todo aporte financeiro do governo federal. Com este acontecimento, a integralidade dos cuidados, passo importante na observância dos princípios do SUS, pôde ser iniciada em sua implementação³. A inserção da saúde bucal na ESF representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial².

Assim, com o objetivo de reorganizar o

modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da ESF. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Dessa forma, cada ESB cobria, em média, 6.900 pessoas. Essa proporção representava um fator limitante ao processo de implantação das equipes de saúde bucal e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da ESF no processo de trabalho desses profissionais ⁶.

Aumentando as responsabilidades dos municípios no âmbito da atenção básica, em janeiro de 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS), com o objetivo geral de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Nela definiu-se responsabilidades e ações estratégicas mínimas a todos os municípios brasileiros. São elas: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, *ações de saúde bucal*, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher ^{7,8}.

A partir da Portaria nº 673/GM, em 2003, o MS passou a financiar as ESB proporção de 1:1 com relação às equipes de Saúde da Família, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas, porém a lei não obrigava a instituição da relação 1:1 ficando a cargo do gestor municipal a implantação da nova proporção. De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.342 novas ESB na ESF, chegando a um total de 12.603 ESB, um aumento de mais de 195% no número de equipes ⁹.

Entretanto, em estudo realizado por Sampaio et al ⁶⁰ – no qual foi feita uma análise comparativa entre as coberturas populacional por ESB e por equipes de Saúde da Família nos municípios de Jaboatão dos Guararapes-PE, Recife-PE, Olinda-PE e Paulista-PE, no ano de 2011 – ficou evidenciada uma baixa cobertura populacional por ESB de respectivamente: (30,0%); (26,3%); (25,6%) e (19,5%). No tocante a cobertura populacional por equipe de Saúde da

Família os resultados também foram insatisfatórios: Recife (54,97%), Paulista (45,93%), Jaboatão dos Guararapes (40,68%) e Olinda (35,62%); mas ainda assim superiores à cobertura de saúde bucal, o que altera em muito não só a almejada proporção de 1:1 como a concretização do princípio da equidade no atendimento em saúde.

Esse panorama reforça o que foi ressaltado na 3ª CNSB, ou seja, reforça que mesmo com o novo arcabouço jurídico-institucional em saúde bucal no SUS, os contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais ainda são uma realidade pungente. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produzem efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes – requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e o enfoque de promoção da saúde ¹⁰.

Considerações Finais

Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade e na integralidade. Contudo, a percepção de que esse direito deve ser efetivado e garantido inclusive no tocante à saúde bucal (parte integrante e importante da saúde geral do indivíduo), só parece ter chegado ao bom senso dos gestores em saúde recentemente. É provável que aí resida o grande, mas não o único, desafio da incorporação das equipes de Saúde Bucal na ESF.

É fato que além de ser necessária a continuidade da expansão do número de ESB na ESF, é premente uma melhor qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes. É fato também que consolidar a integração da odontologia na ESF deve ser uma das missões dos profissionais e pensadores da saúde bucal, uma vez que a ampliação da cobertura populacional é um dos elementos constitutivos do acesso. Contudo, precisamos perceber que há questões estruturais mais amplas que precisam ser solucionadas para que as ações em saúde bucal

ocupem um lugar estratégico entre tantos componentes biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo saúde-doença.

Transformar as ações em saúde bucal em um direito acessível, garantido e efetivado a todos os cidadãos brasileiros passa pela compreensão (inclusive por parte do cirurgião-dentista) de que estamos imersos em um contexto de desigualdades geradas por uma ordem mundial que privilegia o monetário, o lucro, o consumismo, a política de Estado Mínimo e o individualismo, em detrimento da concretização de direitos sociais como o acesso à saúde e educação públicas, resolutivas e de excelência em qualidade. É contra essas desigualdades historicamente construídas que lutamos para que as mesmas sejam desnaturalizadas e possamos viver num país onde as injustiças sociais não interfiram no adoecimento e morte das coletividades.

Referências

1. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007, 68 p.
3. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(1):219-227.
4. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde Bucal das Famílias São Paulo: Artes Médicas*, 2008 p.1-19.
5. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc. saúde coletiva*, 7(4):709-717, 2002.
6. Brasil. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 29 dez. 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 267, de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001) Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan, 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 673, de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jun, 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria n. 74, de 20 de janeiro de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 jan, 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. 3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1o. de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília, 2005.
11. Peres M.A. et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(4):293-306.
12. Bastos JLD, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1416-1423.
13. Meneghim MC, Kozłowski FC, Pereira AC. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(2):523-529.
14. Barbato PR et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8):1803-1814.
15. Goes PSA, Watt RG, Hardy R, Sheiham A. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 year old Brazilian schoolchildren. *Community Dental Health* 2007; 24:217-224.
16. Gomes D, Da Ros MA. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(3):1081-1090.
17. Barros AJD. São grandes os desafios para o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(4):872-874.
18. Antunes JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(3):562-567.
19. Leeder SR. Achieving equity in the Australian healthcare system. *Med J Aust*. 2003; 179(9):475-8.
20. Sapag JC, Kawachi I. Social capital and health promotion in Latin America. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(1):139-149.
21. Almeida-filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9(4):865-884.
22. Bastos JLD et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(6):1611-1621.
23. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001; 5:693-700.
24. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9):2005-2008.
25. Lombardi C et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saude Publica*. 1988;22(4):253-65.
26. Wright EO. *Class counts: comparative studies in class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
27. Borell C et al. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med* 2004; 58(10):1869-87.

28. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(3):667-673.
29. Barata RB. *Epidemiologia social*. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(1):7-17.
30. Pattussi MP et al. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1525-1546.
31. Narvai PC et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(6):385-93.
32. Cunha AG. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986.
33. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1998. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):449-458.
34. Diderichsen F, Evans T, Whitered M. Bases sociales de las disparidades en salud. In: Evans T, organizador. *Desafío a la falta de equidad en la salud*. Washington: OPS/Fundación Rockefeller; 2002. p.13-26.
35. Ojanuga DN, Gilbert C. Women's access to health care in developing countries. *Social Science and Medicine* 1992; 4(35):613-617.
36. Puentes-Markides C. Women and Access to health care. *Social Science and Medicine* 1992; 4(35):619-626.
37. Penchansky R, Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981; 2(19):127-140.
38. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México* 1985; 27(5):438-453.
39. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.
40. Silva KC et al. Percepção sobre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde bucal: uma perspectiva de gênero. *J Manag Prim Health Care* 2010; 1(1):1-7.
41. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(S2):190-198.
42. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 set. 1990a, Seção 1, p 1*.
43. Roncalli AG. *Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1):105-114.
44. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso dos Serviços Odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(4):999-1010.
45. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos Serviços de Saúde Bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande - PB. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(12):2871-2880.
46. Baldani MH et al. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4):1026-1035.
47. Ely HC, Cesa KT, Aerts DRGC. Vigilância à Saúde Bucal. In: Antunes JLF, Peres MA. *Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia da Saúde Bucal*. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 346-362, 2006.
48. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ____ *Epidemiologia e Saúde*. 6ª. Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
49. Brasil. *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
50. Conselho Federal de Odontologia. *II Conferência Nacional de Saúde Bucal - Relatório Final. Divulgação do Comitê Executivo da II CNBS*. Brasília, 1993.
51. Dias AA. Saúde Bucal Coletiva e legislação à luz do Programa Saúde da Família. In: ____ *Saúde Bucal Coletiva - Metodologia de Trabalho e Práticas*. São Paulo: Editora Santos, 2006 1ª. Edição. p. 1-22.
52. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2):241-246.
53. Fausto MCR, Motta GC. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Corbo AMD, Morosini MV, Pontes ALM (Orgs.). *Modelos de atenção e saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
54. OPAS - Organización Pan-americana de Saúde. *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Washington, D.C: OPS, julho, 2007.
55. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS. et al. (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-836.
56. Corbo AMD, Morosini MV. Saúde da família: história da recente organização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 60-84.
57. Corbo AMD, Morosini MV, Pontes ALM. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: ____ (Orgs.). *Modelos de atenção e saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
58. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.
59. Souza LV. Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Curitiba, PR. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde Bucal das Famílias São Paulo: Artes Médicas*, 2008 p.136-141.
60. Sampaio DML et al. Percentual de cobertura populacional das equipes de saúde bucal na região metropolitana do Recife: uma análise diagnóstica comparativo-situacional. *Anais do X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - 2012*. Disponível em <<http://www.http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaisaudecoletiva/>>, acesso em 02 de dezembro de 2012.