



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada
ISSN: 1519-0501
apesb@terra.com.br
Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Pereira CAVALCANTI, Ronald; da Silveira GASPAR, Gabriela; Angeiras de GOES, Paulo Sávio
Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal do SUS - Uma Comparaçāo entre Populações
Rurais e Urbanas

Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 12, númer. 1, 2012, pp. 121-126
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63723468019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal do SUS - Uma Comparação entre Populações Rurais e Urbanas

Use and Access to Oral Health Services of SUS -
A Comparison between Rural and Urban Populations

Ronald Pereira CAVALCANTI¹, Gabriela da Silveira GASPAR², Paulo Sávio Angeiras de GOES³

¹Mestrando em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

²Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

³Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Comparar a utilização e acesso dos serviços odontológicos do SUS entre população urbana e rural.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo com um desenho do tipo transversal, de base populacional, desenvolvido com uma amostra aleatória e representativa da população registrada nas unidades de saúde da família de dois municípios pernambucanos de pequeno porte populacional. A amostra de participantes foi calculada com referência às pessoas de "idades/faixas etárias índices": cinco anos, 12 anos, 15 a 19 anos e 33 a 44 anos. O total da amostra, já retiradas as "perdas", foi de 949 indivíduos no município "A" e 1.049 indivíduos no município da "B". Utilizou-se o método descritivo e analítico com o teste de qui-quadrado de Pearson.

Resultados: No município "A", 80% dos respondentes afirmam já ter ido ao Dentista pelo menos uma vez na vida, contra 67,6% do município "B", sendo no primeiro município 80,1% da população urbana e 79,9% da rural e no segundo com 64,4% (urbana) e 70,8% (rural). No entanto ao particularizar as idades de 15 a 19 anos esta diferença não foi significativa para os dois municípios analisados. No município "A", 70,5% consideraram o serviço público odontológico bom ou ótimo enquanto que esta avaliação se repetiu no município "B" em 64,5% dos entrevistados.

Conclusão: O município "A" apresentou maior acesso e melhor utilização do serviço de saúde bucal do SUS na média da população total quando comparado com o município "A". Porém, adolescentes bem como moradores das áreas rurais continuam em situações desfavoráveis. Tais constatações podem ser melhor caracterizadas por outros estudos que aprofundem determinantes relacionados à organização do serviço.

ABSTRACT

Objective: To compare the access to and use of dental services at public health units (SUS) between the rural and urban populations.

Method: This was a quantitative, cross-sectional, population-based study, with a random and representative sample of the population registered in family health units in two small-sized cities of the State of Pernambuco, Brazil. The sample of participants was calculated referring to the people "age / age group indexes": 5 years, 12 years, 15 to 19 years and 33 to 44 years. The total sample, discounting the "losses", included 1049 individuals in the city "A" and 949 in city "B". Descriptive and analytical method with the chi-square test was used.

Results: In the city "A", 80% of respondents said they had gone to the dentist at least once in their lifetime, compared with 67.6% from the city "B", being 80.1% of the urban population and 79.9% of the rural population in the city "A" and 64.4% of the urban population and 70.8% of the rural in the city "B" However, in the 15-19-year-old age group in both cities, this difference was not significant. In the city "A", 70.5% of the respondents considered the public dental services good or excellent, while in "B", 64.5% had the same opinion.

Conclusion: The average population in the city "A" presented wider access and better use of the SUS oral health services, compared with the city "B". However, adolescents and residents of rural areas remain in an unfavorable situation. These findings can be best characterized by further studies to investigate the determinants related to dental service organization.

DESCRITORES

Acesso; Saúde bucal; Satisfação do usuário.

KEY-WORDS

Access; Oral health; User satisfaction.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal continua a ser um aspecto fundamental das condições gerais de saúde na região da América Latina e Caribe por causa de seu peso para a morbidade global, seus custos associados ao tratamento e potencial para prevenção eficaz¹. No Brasil, apesar da saúde bucal ter reconhecida importância como componente da qualidade de vida, uma parcela importante da população não tem acesso às ações e aos serviços odontológicos²⁻⁵.

Essas desigualdades de acesso são enfrentadas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com ações relacionadas às doenças bucais a partir dos determinantes sociais, regionalidade de assistência às necessidades de urgências odontológicas e incentivos financeiros diferenciados para Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família⁶⁻⁸.

No período de dez anos (1998 a 2008), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revela que houve ampliação no acesso ao atendimento de saúde bucal, sobretudo entre a população com renda de até dois salários mínimos. Em 1998, quase um quinto da população brasileira, 19,5% (29,6 milhões de pessoas) nunca visitaram um cirurgião-dentista para cuidar da saúde bucal, enquanto que em 2008, esse percentual caiu para 11,7% (21,6 milhões de pessoas)⁹. Dados relativos ao ano de 2010, divulgados em relatório parcial do levantamento epidemiológico de saúde bucal do brasileiro, evidenciam que o percentual de crianças de 12 anos “livres de cárie” (dentes cariados, perdidos e obturados-CPO = 0) passou de 31% em 2003 para 44% em 2010. Isto indica que nessas crianças ocorreu significativa redução na prevalência e na gravidade da doença associada ao maior acesso a serviços odontológicos restauradores¹⁰. O relatório concluiu, ainda, que embora os resultados sejam animadores em termos nacionais, as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são ainda marcantes, indicando a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção.

É possível que essa melhoria de crianças livres de cárie tenha ocorrido, em parte, pela ampliação da cobertura de ESB da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O aumento dessa cobertura variou entre os anos de 2002 e 2009 de 26,1 milhões para 91,3 milhões de pessoas (9) e o número de equipes de saúde bucal passou de 4.951 para 20.103 entre os anos de 2004 e 2010 – um aumento de 124%, a partir de investimento financeiro feito pelo Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2010 na ordem de R\$ 2,7 bilhões⁹.

Segundo a PNAD, em 2008, entre as pessoas com rendimento domiciliar de mais de cinco salários mínimos, 98% tiveram acesso à consulta odontológica. Entretanto, esse percentual cai para 71,3% entre as que ganham até um quarto de salário mínimo. Outro comparativo importante refere-se ao uso do Sistema Único de Saúde (SUS) para necessidades diversas e para o atendimento odontológico⁹. Enquanto 57% utilizaram o

SUS para necessidades diversas, apenas 40% usaram o SUS para resolver seus problemas bucais. Isto revela a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos no setor público, apesar da ampliação de cobertura de ESB.

A equidade do acesso aos serviços de saúde bucal não se consolida apenas com a implantação da ESB da ESF. Isto porque ao se comparar população coberta e não coberta pela ESB, no município de Campina Grande (PB), observou-se mesmo acesso, quando se esperava maior acesso para a população com ESB¹¹.

O número dos que ainda não foram ao serviço odontológico é considerado elevado se observado em valores absolutos. Essa situação piora quando se identifica a oferta de serviços de saúde bucal em localidades remotas como de populações indígenas, quilombolas e de áreas rurais. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde em financiar atendimentos odontológicos em populações de territórios isolados como as comunidades indígenas e rurais¹², a desigualdade na oferta aos serviços de saúde bucal entre áreas urbanas e rurais é notável, por exemplo, quando verificada a desproporcionalidade no número de estabelecimentos públicos e privados¹³.

Importante ressaltar que a desigualdade de acesso não ocorre somente no Brasil. Nos Estados Unidos, também é encontrada a ampliação do acesso aos serviços odontológicos públicos, mas ainda verifica-se a desigualdade entre níveis econômicos diferentes, assim como problemas relacionados aos Dentistas como número insuficiente, má distribuição geográfica, etnia, educação e orientação da prática profissional^{14,15}.

Agravando esse quadro, verifica-se que são poucos os estudos que retratam o quadro epidemiológico de condições de saúde bucal da população de área rural brasileira^{3,11,13} e em relação a estudos de acesso aos serviços odontológicos dessas áreas são ainda mais raros na literatura³; não havendo no Estado de Pernambuco estudos de acesso e utilização de serviços de saúde bucal comparativo de populações de áreas rurais e urbanas. Essa constatação evidencia condições desfavoráveis dessas populações de áreas rurais.

Dificuldades na organização de serviços para populações remotas são relatadas em várias partes do mundo, sobretudo em países da África, Ásia e América Latina¹⁶.

Ao se considerar as desigualdades no acesso ao atendimento de saúde bucal, parecem ser negativas as perspectivas para a melhoria da saúde bucal em nível global, em 2015, e milhões de pessoas que não têm acesso a esses cuidados continuarão afetadas¹⁶.

Ante o exposto, este estudo comparou o acesso e utilização dos serviços de saúde bucal do SUS entre populações de área rural e urbana.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo com um

desenho do tipo transversal, de base populacional e desenvolvido com amostra aleatória e representativa da população registrada nas unidades de saúde da família de dois municípios.

Os municípios deste estudo são de pequeno porte populacional (menos de 50 mil habitantes), segundo categoria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram caracterizados por motivos éticos em município "A" e "B". Possuem cobertura da ESB/ESF de 100%, porém apresentam diferenças na ocupação populacional de seu território urbano e rural, bem como na região geopolítica do Estado de Pernambuco. Outra diferença importante ocorre no tipo de contratação dos cirurgiões-dentistas de cada sistema municipal. Diante de tais fatos, optou-se por investigar a diferença no acesso e na utilização dos serviços odontológicos entre usuários do meio urbano e rural.

Os municípios "A" e "B" foram escolhidos pelo cumprimento de todas as etapas da pesquisa "Efetividade da utilização da informação epidemiológica de saúde bucal como ferramenta de planejamento, gestão e controle social". Esta pesquisa teve como objetivo monitorar as ações desenvolvidas nas políticas de saúde bucal, a partir do uso de informação epidemiológica e planejamento. Para isso, os Coordenadores de Saúde Bucal, Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) de ESB e de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), agentes comunitários de saúde e membros do conselho de saúde participaram de oficina de capacitação em planejamento. Em seguida, todos os CD's e ASB's foram calibrados para realizarem o levantamento epidemiológico. Nessa calibração, cada CD examinou 20 usuários em ambiente com iluminação natural e odontoscópio. Foi verificado o percentual mínimo de 90% de concordância interexaminador com o teste Kappa para o índice de dentes Cariado, Perdidos e Obturados (CPO-D).

Para o sorteio da amostra aleatória a ser examinada, cada usuário cadastrado em cada ESB recebeu um número sequencial do numeral 1 até o último usuário, estabelecendo um intervalo de números sequenciais. Foi realizado sorteio desses números limitados ao tamanho da amostra para cada ESB no programa EPI-INFO 6.0. Para controle de calibração intraexaminador foi executado o re-exame de forma sistemática a cada dez exames. As perdas foram consideradas quando o examinador foi três vezes no domicílio do indivíduo e não o encontrou, ou quando este se negou a ser examinado.

Para analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde bucal foram coletados dados a partir de questionários aplicados por dentistas da rede SUS do próprio município (especificamente da Estratégia de Saúde da Família), previamente ao exame clínico do levantamento epidemiológico. Neste estudo, o conceito de acesso aos serviços de saúde foi considerado como sendo a entrada do usuário no serviço, com base no modelo proposto por Andersen e Newman¹⁸. Nesse modelo, o uso de serviços é dependente de determinantes individuais agrupados nos fatores de

predisposição, fatores de facilitação (capacitantes) e necessidades de saúde¹⁹. As variáveis de predisposição compreendem aquelas que descrevem a propensão dos indivíduos a utilizarem os serviços (idade, sexo, estado civil/estado marital, escolaridade), as de facilitação/capacidade referem-se aos meios com que os indivíduos contam para utilizar os serviços (renda do respondente, renda familiar, existência de plano de saúde, acesso à fonte regular de cuidado), e as de necessidade referem-se ao nível de enfermidade, que são uma das principais causas imediatas da utilização e busca pelos serviços (percepção do indivíduo em relação à sua condição de saúde).

Em relação ao acesso foi perguntado: "você já foi alguma vez na vida ao dentista?". Para indivíduos que responderam positivamente foi aplicada a questão referente à utilização do serviço público de saúde bucal: "qual o motivo da consulta nos últimos seis meses?" E por último foi perguntado sobre "o nível de satisfação quanto ao atendimento prestado".

A amostra de participantes foi calculada com referência às pessoas de "idades/ faixas etárias índices" utilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e SB/Brasil 2003 (levantamento das condições de saúde bucal do Brasil) de forma adaptada: cinco anos, 12 anos, 15 a 19 anos e 33 a 44 anos. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, com o poder de 80% para detectar diferenças e, com um erro de 2%. Obtendo-se uma amostra mínima de 626 indivíduos, sendo acrescidos a esse número 20% para superar as perdas e 20% para aumentar a precisão do estudo. Assim, o total da amostra desta pesquisa, já retirados os dados inválidos, foi de 949 no município "A" e 1.049 indivíduos no município "B". Os dados inválidos correspondem aos que "não sabiam" ou "não responderam" ou ainda apresentou "erro" nos resultados do programa SPSS, totalizando 83 indivíduos ou (4%).

Para a digitação dos dados coletados nos exames e questionários nos municípios foram digitados no próprio município por técnicos das secretarias municipais de saúde, através de uma interface virtual criada na web para registro remoto de dados, sendo os mesmos baixados pela coordenação do projeto, e analisado posteriormente. Para análise estatística descritiva e analítica foi utilizado o SPSS-Statistical Package for Social Science, versão 10. Na análise descritiva utilizaram-se distribuições de frequências e na analítica, o teste de qui-quadrado de Pearson. Em todas as análises foi utilizado o nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco, por meio do parecer CEP/UPE 204/08 CAAE 0184.0.097.000-08.

RESULTADOS

Análise dos dados demonstrou uma variação no acesso dos serviços odontológicos entre os municípios e dentro dos municípios entre as zonas rurais e urbanas.

Embora essas variações não tenha sido estatisticamente significantes ($P<0,05$); observa-se que o município A apresentou melhor acesso tanto na zona urbana quanto na zona rural.

Tabela 1. Distribuição em valores percentuais quanto ao acesso aos serviços odontológicos públicos pelo menos uma vez na vida, de populações urbanas e rurais, por município, 2009.

População	Município	Acesso (%)
Urbana	"A"	80,1
	"B"	64,40
Rural	"A"	79,90
	"B"	70,80

Quando foi analisado o acesso aos serviços odontológicos considerando as faixas etárias fica mais uma vez evidenciado que o acesso varia em função da idade do indivíduo, havendo diferenças em todas idades sendo estatisticamente significante a diferença entre os municípios se compararmos a zona urbana a exceção da

faixa etária dos adolescentes. Para a zona rural não houve diferença entre os municípios de acordo com a faixa etária (Tabela 2).

Foi analisado também o tempo em que foi realizada a última consulta odontológica não havendo diferença entre os municípios em função da zona de residência do indivíduo e o tempo de realização da consulta. Deve-se aí ressaltar que a maioria dos indivíduos consultaram o dentista no último ano, independente do município e da zona de residência, a exceção dos indivíduos da zona rural do município B (Tabela 3).

Os dados também revelaram diferenças relativas ao local onde foi realizada a última consulta, e qual o motivo principal da mesma entre os municípios. O setor público foi majoritário em ambos os municípios ao propiciar através do SUS a realização da última consulta odontológica; por outro lado houve diferenças no motivo da última consulta, sendo a consulta de rotina mais frequente entre os indivíduos do município A, e a presença de dor dental mais comum no município B.

Tabela 2. Comparativo entre todas as idades quanto ao acesso aos serviços odontológicos nos municípios pernambucanos "A" e "B", no ano de 2009.

Já foi alguma vez na vida ao Dentista?							
Idade	Área	Município	Sim	Não	Total	x ²	Valor "p"
5 anos	Urbana	A	123 (57,7%)	90 (42,3%)	213 (100%)	12,002	0,001
		B	35 (36,5%)	61 (63,5%)	96 (100%)		
	Rural	A	22 (46,8%)	25 (53,2%)	47 (100%)	0,775	0,379
		B	82 (39,8%)	124 (60,2%)	206 (100%)		
12 anos	Urbana	A	193 (82,1%)	42 (17,9%)	235 (100%)	10,464	0,001
		B	44 (63,8)	25 (36,2)	69 (100%)		
	Rural	A	38 (84,4%)	7 (15,6%)	45 (100%)	1,747	0,186
		B	149 (75,3%)	49 (24,7%)	198 (100%)		
15 a 19 anos	Urbana	A	73 (89%)	9(11%)	82 (100%)	2,059	0,231
		B	26 (78,8%)	7(21,2%)	33 (100%)		
	Rural	A	46 (88,5%)	6 (11,5%)	52 (100%)	4,123	0,62
		B	82 (74,5%)	28 (25,5%)	110 (100%)		
35 a 44 anos	Urbana	A	197 (97,5%)	5 (2,5%)	202 (100%)	13,024	0,001
		B	88 (87,1%)	13 (12,9%)	101(100%)		
	Rural	A	68 (93,2%)	5 (6,8%)	73 (100%)	0,112	1,00
		B	217 (91,9%)	19 (8,1%)	236 (100%)		
Total			1483 (74,22%)	515 (25,77%)	1998 (100%)		

Tabela 3: Há quanto tempo realizou a última consulta ao dentista?

Município	População	Menos de 1 ano	Entre 2 e 3 anos	Mais de 3 anos	Total
"B"	Urbana	319 (55%)	178 (30,7)	83 (14,3%)	580 (100%)
	Rural	71 (42%)	68 (40%)	30 (18%)	169 (100%)
"A"	Urbana	107 (55%)	50 (26%)	37 (19%)	194 (100%)
	Rural	292 (55%)	145 (27%)	95 (18%)	532 (100%)

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apresentam que há variações no acesso aos serviços de saúde bucal, em função da idade e da zona de residência do indivíduo sendo sempre melhor na zona urbana que na zona rural. Considerando que esses municípios são totalmente cobertos pela estratégia de saúde da família não era de se imaginar que tais diferenças existissem, principalmente no que toca as áreas rurais, o que pode estar evidenciando que mesmo estratégias que busquem a equidade como a ESF, não tem sido suficiente para minimizar desigualdades entre as populações. O presente estudo contribui para o debate que envolve as desigualdades sociais em saúde que afetam populações em áreas remotas.

São várias as dificuldades relacionadas ao funcionamento do serviço de saúde bucal público, sobretudo para populações rurais. Entre os desafios presentes para este tipo de assistência estão as grandes distâncias a percorrer até os domicílios, e os moradores até a unidade de saúde; vias de acesso ao transporte em péssimas condições de manutenção ou às vezes isoladas por situações climáticas ocasionadas pelas chuvas; falta de água em sistema de abastecimento público e eletricidade, precariedade do transporte público e privado¹⁶. Soma-se a isso a falta de recursos humanos em saúde, devidamente capacitado^{14,15}. Entre os municípios estudados, esses fatores são ainda mais marcantes no município “B”, que possui uma densidade demográfica dez vezes menor que o município “A”, e a população da área rural representa parcela significativa da população total. No entanto, as limitações do desenho do presente estudo impediram que uma análise mais aprofundada fosse realizada para elucidar como as variáveis contextuais podem estar influenciando no acesso a consulta odontológica.

O fato de ter sido encontrado piores níveis de acesso a consulta odontológica dos indivíduos que residam na zona rural em relação aos residentes da zona urbana pode estar refletindo uma ausência de preocupação da política pública brasileira com essas populações com tanta. Por exemplo, pode-se observar que não há registro nas diretrizes da PNSB de linhas de ações específicas para a organização do serviço de saúde bucal para populações rurais e/ou populações remotas. Atualmente, são adotados para a implantação e organização dos serviços das ESB critérios semelhantes aos das populações urbanas, com exceção de pequena variação no financiamento⁶⁻⁸.

Ao analisar o acesso de acordo com o modelo proposto por Andersen e Newman em relação à variável “facilitação/capacidade”, no item “acesso à fonte regular de cuidado”, observa-se que apesar do município da “B” apresentar condições mais adversas quanto à densidade demográfica, sobretudo na população rural, não houve diferença significativa quando comparado com “A” sobre se o indivíduo já foi alguma vez ao cirurgião-dentista. O maior acesso em “B” pode ser uma consequência de

menor peso da amostra representativa da população rural quando comparado ao município de “A”, uma vez que entre populações rurais as diferenças não foram significativas.

Como 20% (município “A”) e 32,4% (município “B”) dos entrevistados dos dois municípios nunca foram a uma consulta ao cirurgião-dentista, os resultados revelam também uma assimetria de oferta regular de cuidado²⁻⁵. Isto pode ser, em parte, consequência de variáveis contextuais^{13,14,16}, ser referente à indiferença de acesso entre populações cobertas ou não por ESB¹¹ ou ainda pelo modelo de serviço da ESB preconizado pelo Ministério da Saúde no meio rural possuir mesmos critérios de implantação, organização e resultados esperados das ESB do meio urbano⁶⁻⁸.

Outro fator a se destacar é o principal motivo da consulta. O município “A” apresenta a “consulta de rotina” como um indicador positivo de utilização enquanto que “B”, a “dor” foi o principal motivo de utilização do serviço. Nesse aspecto, vale ressaltar o distanciamento do município “B” em relação aos pressupostos da promoção da saúde previstas na PNSB^{6,8} em função deste município apresentar característica de serviço majoritariamente curativo.

Os resultados desse estudo deve ser analisado a luz das suas limitações, por exemplo pelo fato de ser um estudo transversal o mesmo não pode avaliar o efeito de variáveis contextuais; e nem estabelecer relação de causa e efeito. No entanto, deve ser levado em consideração que foi utilizado no presente estudo metodologias universalmente aceitas para realização de levantamentos, a análise dos dados e sua interpretação.

CONCLUSÃO

O município “A” apresentou maior acesso e melhor utilização do serviço de saúde bucal do SUS quando comparado com o município “B”. Porém, adolescentes e moradores das áreas rurais continuam em situações desfavoráveis. Tais constatações podem ser melhor caracterizadas por novos estudos que aprofundem determinantes relacionados à formulação e implementação da política e organização dos serviços.

Vale salientar que o município “B”, apesar de ter empreendido esforços no sentido da vinculação profissional por meio de concursos, desprecarizando o trabalho, obteve resultados de acesso e utilização dos serviços desfavoráveis na comparação com o município “A”. Aspectos relacionados à densidade demográfica e outros determinantes sociais como o IDH-M e distância da capital do Estado podem ser fatores desfavoráveis, sendo estas afirmações possíveis de serem verificadas em outros estudos.

REFERÊNCIAS

- Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial

- da Saúde. 138a Sessão do Comitê Executivo. Washington, D.C., EUA. 2006;19–23.
2. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(4):709-17.
 3. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes GD, Salino AV, Rebelo MAB. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25(8):1827-1838.
 4. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(1):211-8.
 - 5 Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária em relação às metas OMS 2000 e 2010. Cad Saúde Pública 2004; 20(3):866-70.
 - 6 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília-DF. 2008.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.066, de 23 de Dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. [acesso 2010 dez.]. Brasília-DF. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudalegis/gm/2008/prt3066_23_12_2008.html>.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS: SVS em rede. Pesquisa do IBGE revela que aprovação dos serviços de saúde no Brasil supera 86%. Edição 72; 2010 abr. [acesso 14 nov. 2010]. Brasília-DF. Disponível em: < http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-72-abril-de-2010/pesquisa-do-ibge-revela-que-aprovacao-dos-servicos-de-saude-no-brasil-supera-86>.
 10. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. Editorial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2011; 27(1):4-5.
 11. 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, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008; 24(12):2871-2880.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Notícias. Dia do Odontólogo: quase 60 mil Dentistas de todo o país estão no Brasil Soridente. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=11818.
 13. Mello TRC, Antunes, JLF. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004. 20(3): 829-835.
 14. Hughes DC, Duderstadt KG, Soobader MJ, Newacheck PW. Disparities in Children's Use of Oral Health Services. Disparities in Children's Use of Oral Health Services. Public Health Reports. 2005; 120(4):455-62.
 15. David AN. Adding Dental Therapists to the Health Care Team to Improve Access to Oral Health Care for Children. Academic Pediatrics 2009; 9(6):446–5.
 16. Hobdell MH. Poverty, oral health and human development: Contemporary issues affecting the provision of primary oral health care. J Am Dent Assoc. 2007; 138(11):1433-1436.
 17. IBGE. Censo 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/censo2010/>> Acesso em: 20/02/2011.
 18. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36(1):1-10.
 19. Andersen RM. Behavioral model of families: use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. 1968. (Research Series, 25).

Recebido/Received: 03/03/2011

Revisado/Reviewed: 18/12/2011

Aprovado/Approved: 15/02/2012

Correspondência:

Ronald Pereira Cavalcanti

Rua Alfredo de Carvalho, 167. Apt 202. Espinheiro

Recife – Pernambuco – Brasil

E-mail: ronaldpcc13@hotmail.com