

# ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

ACCESS TO ORAL HEALTH SERVICES IN PRIMARY HEALTH CARE: PROGRESS AND CHALLENGES OF THE 11TH REGION HEALTH OF CEARÁ

Pollyanna Martins <sup>1</sup>

Andréa Sílvia Walter de Aguiar <sup>2</sup>

## RESUMO

**E**ste artigo descreve os avanços e desafios no acesso aos serviços de saúde bucal, apontados pelas Equipes de Saúde Bucal, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) da 11ª Região de Saúde do Ceará. Apresenta-se os resultados parciais da pesquisa exploratória descritiva sobre os atributos da APS, realizada no período de outubro/2011 a janeiro/2012. A pesquisa envolveu 102 Equipes de Saúde Bucal (ESB), que foram estratificadas por porte populacional. Na análise das perguntas subjetivas utilizou-se análise de conteúdo temática. Cerca de 89% das ESB responderam os questionários e citaram 36 avanços e 87 desafios. Os avanços mais referidos foram: incorporação da ESB na APS (19,4%), atendimento às urgências (13,9%), triagem/acolhimento (11,1%), realização de atividades de prevenção/promoção/educação em saúde (8,3%), estrutura física/condições de trabalho (8,3%). Os desafios mais citados foram: atendimento da demanda espontânea (16,1%), ampliação da cobertura das ESB (14,9%), programação da demanda (12,6%), realização de atividades de prevenção/promoção/educação em saúde (10,3%) e estrutura física/condições de trabalho (6,9%). Categorias dicotômicas, que se constituíram como avanços e desafios, variaram de acordo com o porte populacional. Concluiu-se que na questão do acesso existem mais desafios do que avanços e estes são determinados por porte populacional. A inserção da ESB na APS é um avanço, entretanto a organização do processo de trabalho das equipes de acordo com suas diretrizes, a ampliação da cobertura, a realização de ações programáticas e atividades preventivo-promocionais ainda se constituem como grandes nós no acesso aos serviços de saúde bucal da APS.

**Palavras Chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Serviços de Saúde Bucal.

## ABSTRACT

**T**his article describes the advances and challenges in access to oral health services within Primary Health Care (PHC) of the 11th Health Region of Ceara. It presents the partial results of exploratory research on the descriptive attributes about the APS, held from the October (2011) to January (2012). The research involved 102 Oral Health Teams (OHT) that were stratified by population size. In the analysis of the responses we used thematic content analysis. About 89% of OHT answered the questionnaires and mentioned 36 advances and 87 challenges. The advances most frequent were: triage / reception (11.1%), incorporation of ESB in APS (19.4%), emergency service (13.9%), conducting prevention activities / promotion / health education (8.3%), physical structure / working conditions (8.3%). The challenges most frequently mentioned were: increased coverage of ESB (14.9%), demand schedule (12.6%), attendance of spontaneous demand (16.1%), implementation of prevention activities / promotion / health education (10.3%) and physical structure / working conditions (6.9%). Dichotomous categories, which were formed as advances and challenges, varied according to the population size. It was found that the issue of access has more challenges than advances and these are determined by population size. The insertion of the ESB in the APS is a breakthrough, however, the organization of the work of teams according to their guidelines, the expansion of coverage, conducting programmatic actions and preventive-promotional activities still constitute major challenges in accessing oral health public services of the APS.

**Keys words:** Primary Health Care. Family Health. Oral Health Services.

1. Cirurgiã-dentista. Professora Adjunta do Departamento de Clínica Odontológica da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, Ceará.

2. Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família. Supervisora de Saúde Bucal da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará. Sobral, Ceará.

## 1. INTRODUÇÃO

O primeiro contato com o sistema de saúde é a forma como os indivíduos vivenciam a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas<sup>1</sup>.

A extensão na qual as dificuldades de acesso nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são influenciadas por restrições de recursos financeiros e humanos e as consequências dessas restrições no alcance da equidade são questões debatidas no âmbito político e científico<sup>1</sup>.

Historicamente, no âmbito da atenção à saúde bucal, na APS, a dificuldade de acesso da maioria da população aos serviços ofertados continua sendo um desafio na prática odontológica<sup>2</sup>.

A saúde bucal inseriu-se na assistência pública em 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo. Nas décadas de 50 e 60, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o acesso aos serviços de saúde bucal foi ampliado através da implantação dos primeiros programas de odontologia sanitária em Aimorés, Minas Gerais, e em seguida, em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil<sup>3,4</sup>. Entretanto, a oferta destes serviços focalizou crianças em idade escolar, implantação de sistemas de fluoretação de água de abastecimento público e atendimento de urgências da população adulta.

Na década de 70, a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), inspirado nas proposições da Conferência de Alma Alta, possibilitou expansão da rede de atenção básica<sup>5</sup>. Esta proposta incluiu a oferta de serviços de saúde bucal, voltada para adultos, entretando, as ações de saúde bucal centravam-se em atendimentos de urgência odontológica e na prática curativa mutiladora, com um grande percentual de exodontias<sup>6,7</sup>.

*A saúde bucal inseriu-se na assistência pública em 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo.*

A partir de década de 80, o agravamento da crise da previdência e as pressões sociais e políticas do setor saúde determinaram a criação de mecanismos para reordenamento do sistema de saúde, entre eles o Prev-Saúde, o Plano do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). A saúde bucal, pela primeira vez, foi colocada como uma das prioridades das políticas nacionais com inclusão de incentivos financeiros para subsidiar os programas<sup>3</sup>. Este foi um importante passo para integração da APS e saúde bucal que historicamente desenvolvia suas práticas à distância, nas escolas, entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico.

No final da década de 80, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), renovou-se, no Brasil, o movimento da APS.

Paralelamente, a saúde bucal começou a desenvolver experiências na tentativa de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e integrar a Odontologia na APS. Estas novas formas de vivenciar a organização do processo de trabalho da saúde bucal se concretizaram em experiências municipais e docentes assistenciais, além de fundamentadas em marcos institucionais e nas evidências da falta de acesso aos serviços de saúde bucal.

Os movimentos mais importantes foram: a Bebê-Clínica em Londrina, Paraná, e o Programa de Inversão da Atenção (PIA) de Belo Horizonte, Minas Gerais, na década de 80; o Programa Saúde em Casa (PSC); as atividades docentes assistenciais com foco em visitas domiciliares; ações de promoção e prevenção da saúde do Distrito Federal; a formação do Distrito Sanitário em Curitiba, Paraná, na década de 90; os relatos de experiências de organização da saúde bucal no contexto da saúde familiar nos encontros de saúde bucal coletiva; a 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB); os levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal dos brasileiros e a divulgação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1998, que demonstrou o fato de, até então, 29,6 milhões de brasileiros nunca terem ido ao dentista.

Todas estas experiências e modelos de atenção à saúde bucal, inovadores na sua época, os marcos institucionais e as evidências da falta de acesso aos serviços de saúde bucal, inspiraram e tencionaram a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, regulamentou a inclusão da ESB na ESF e a partir deste momento, os investimentos são crescentes no setor e através da criação da Política Brasil Sorridente<sup>8</sup> (PNSB)

*A saúde bucal, pela primeira vez, foi colocada como uma das prioridades das políticas nacionais com inclusão de incentivos financeiros para subsidiar os programas.*

houve a expansão da cobertura dos serviços de saúde bucal em âmbito nacional.

Neste cenário, a Política Nacional de Atenção Básica<sup>9</sup>(PNAB) aponta em suas diretrizes o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a Atenção Básica como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, por acolher os usuários e promover a vinculação e co-responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, através do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento.

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é descrever os avanços e desafios, apontados pelos profissionais de nível superior das equipes de saúde bucal, em relação ao acesso aos serviços de saúde bucal no âmbito da APS da 11ª Região de Saúde do Ceará.

## 2. METODOLOGIA

Os resultados compõem dados parciais da pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa realizada na 11ª Região de Saúde sobre os atributos da APS, no período de outubro/2011 a janeiro/2012. O estudo, segundo seus objetivos, classifica-se como exploratório-descritivo, pois aprofundou o conhecimento sobre o acesso aos serviços de saúde bucal na APS da 11ª Região de Saúde, no estado do Ceará. A 11ª Região de Saúde é composta por 24 municípios, um total de 598.546 habitantes; possui um município sede, Ipu, e um município polo, Sobral<sup>10</sup>.

A população da pesquisa foi de 102 ESB distribuídas em 23 municípios. Foi eliminado o município de Massapê, para não incorrer em um viés de auto seleção.

Os municípios foram estratificados de acordo com o porte populacional, pois a estratificação permite obter estimativas com certo nível de precisão para subgrupos da população em estudo<sup>11</sup>. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semi-estruturado.

Para estratificação das ESB, por porte populacional foi considerada a composição das classes apresentadas pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sua publicação *Perfil dos Municípios Brasileiro*<sup>12</sup>, conforme tabela 1.

**TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS ESB, POR PORTE POPULACIONAL, DOS MUNICÍPIOS COMPONENTES DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE EM 2011.**

PORTE POP.	MUNICÍPIO	ESB M1	ESB M2	TOTAL ESB	Nº HAB.	COBERTURA ESB %
Até 10.000 hab.	CATUNDA	2	0	2	9641	71,6
	GROAÍRAS	3	0	3	9303	100
	MORAÚJO	1	0	1	7702	44,8
	PACUJÁ	2	0	2	6204	100
	P. FERREIRA	2	0	2	8647	79,8
De 10.001 a 20.000 hab.	SENADOR SÁ	2	0	2	5975	100
	ALCANTARAS	2	0	2	10348	66,7
	CARIRÉ	2	0	2	19353	35,7
	FORQUILHA	7	0	7	19396	100
	FRECHEIRINHA	2	0	2	13646	50,6
	GRAÇA	1	1	2	15190	45,4
	HIDROLÂNDIA	3	0	3	17509	59,1
	MERUOCA	2	1	3	12098	100
	MUCAMBO	2	0	2	15396	44,8
	URUOCA	4	0	4	12547	100
De 20.001 a 50.000 hab.	VARJOTA	3	0	3	19249	53,8
	COREAÚ	0	5	5	22033	78,3
	IPU	7	0	7	41266	58,5
	IRAUÇUBA	5	0	5	21606	79,8
	RERIUTABA	3	0	3	24555	42,2
Acima de 50.000	S. QUITÉRIA	7	0	7	43994	54,9
	S. DO ACARAÚ	6	0	6	29394	70,4
	SOBRAL	27	0	27	178915	52,1
<b>Total</b>		<b>98</b>	<b>7</b>	<b>105</b>	<b>362250</b>	<b>60,5</b>

ESB M1 – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – MODALIDADE 1; ESB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – MODALIDADE 2; PORTE POP – PORTE POPULACIONAL; HAB - HABITANTES

Na análise da questão subjetiva sobre avanços e desafios no acesso aos serviços de saúde bucal foi utilizado o método de análise de conteúdo temática classificatória proposta por Bardin, que é aplicável às respostas de perguntas abertas de um questionário. A mesma envolveu duas fases: a organização da análise e a exploração do material. A organização da análise foi dividida em pré-análise, leitura flutuante, referenciação dos índices e elaboração de indicadores. A exploração do material foi decomposta em codificação, categorização e análise quantitativa e qualitativa<sup>13</sup>.

A natureza do material influenciou na escolha do tipo de apresentação dos resultados. Nesta perspectiva, as respostas categorizadas dos diferentes sujeitos foram apresentadas através das frequências absolutas e relativas dos temas em tabelas e quadros, diferenciados por porte populacional.

O presente estudo foi aprovado pelo protocolo 125/11 do CEP/UFC, em 29 de junho de 2011, e aprovado por a Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, sob o protocolo 360/11, em 29 de novembro de 2011. A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde<sup>14</sup>.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cerca de 89% das ESB responderam à questão subjetiva sobre avanços e desafios no acesso aos serviços de saúde bucal do questionário e citaram 36 avanços e 87 desafios (Quadro 1 e 2).

**QUADRO 1 – AVANÇOS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DA APS DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE, POR PORTE POPULACIONAL, 2011.**

CATEGORIAS	AVANÇOS					
	Até 10.000 hab.	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	Acima de 50.000	total	%
Acesso a serv. Especializados			1		1	2,8
Ampliar os horários e dias de atendimento				2	2	5,6
Atendimento à urgências/Atenção ao 1º contato		2	3		5	<b>13,9</b>
Concluir tratamentos		1	1		2	5,6
Estrutura física/condições de trab.			2	1	3	<b>8,3</b>
Incorporação da ESB na ESF		2	3	2	7	<b>19,4</b>
Prevenção/promoção/Educação em Saúde		1	2	1	3	<b>8,3</b>
Programar a demanda				2	2	5,6
Tempo para marcação de consultas				2	2	5,6
Triagem/acolhimento			2	2	4	<b>11,1</b>
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**QUADRO 2 – DESAFIOS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DA APS DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE, POR PORTE POPULACIONAL, 2011.**

CATEGORIAS	DESAFIOS					
	Até 10.000 hab.	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	Acima de 50.000	total	%
Acesso a população que não faz parte de grupos prioritários				3	3	3,4
Acesso a serv. Especializados		1			1	1,1
Ampliar os horários e dias de atendimento			1		1	1,1
Atenção domiciliar		1			1	1,1
Atendimento a demanda espontânea		4	6	4	14	16,1
Atendimento à urgências/Atenção ao 1º contato	1		1	1	3	3,4
Atendimento em áreas de difícil acesso			2	1	3	3,4
Capacitação			2		2	2,3
Concluir tratamentos	1			1	2	2,3
Estrutura física/condições de trab.		2	2	2	6	6,9
Incorporação da ESB na ESF	2	2	3	6	13	14,9
Integração ESB/ESF		1	1	1	3	3,4
Interferências políticas		1			1	1,1
Mitos e medo dos pacientes			1	1	2	2,3
Prevenção/promoção/Educação em Saúde	2	3	1	3	9	10,3
Programar a demanda	2	8	1		11	12,6
Rotatividade dos profissionais			1	1	2	2,3
Tempo para marcação de consultas	2	1	1	1	5	5,7
Transportes	1		2		3	3,4
Triagem/acolhimento				2	2	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Os avanços mais referidos foram: triagem/acolhimento (11,1%), inserção da ESB na APS(19,4%), atendimento à urgências (13,9%), realização de atividades de prevenção/promoção/educação em saúde (8,3%), estrutura física/condições de trabalho (8,3%). Nos municípios até 10.000 habitantes não foi referido nenhum avanço.

O acesso aos serviços de saúde bucal é um dos princípios norteadores das ações da PNSB, que recomenda o acesso universal e atenção a toda demanda expressa ou reprimida, através de ações coletivas, responsabilidade sanitária e adscrição de clientela. Recomenda ainda prioridade absoluta aos casos de dor, infecção e sofrimento.

Os desafios mais citados foram: ampliação da cobertura das ESB (14,9%), programação da demanda (12,6%), atendimento da demanda espontânea (16,1%), realização de atividades de prevenção/promoção/educação em saúde (10,3%) e estrutura física/condições de trabalho (6,9%). O atendimento às urgências é considerado um avanço nos municípios entre 10.001 e 50.000 habitantes e como desafio para os municípios até 10.000 habitantes e nos municípios acima de 50.000 habitantes. O atendimento à demanda espontânea não foi considerado desafio para

municípios até 10.000 habitantes.

A priorização de grupos para atendimento programático é um desafio para as ESB, pois o universo de atenção à saúde bucal é constituído de toda população da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família- ESF<sup>6</sup>. Além do atendimento à demanda programada, as ESB devem ser organizadas de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas na população<sup>9</sup>.

A organização do processo de trabalho e a escolha de grupos prioritários para o atendimento são experiências que devem ser vivenciadas em cada território, não existem fórmulas ou receitas, existem caminhos possíveis que devem ser adaptados a cada realidade.

A dificuldade em realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, uma das atribuições especificadas do cirurgião-dentista na PNAB, foi verificada por Pimentel et. al.<sup>15</sup> que concluíram, em pesquisa realizada no Recife, que a existência de grande demanda reprimida por atendimento cirúrgico-restaurador, tanto na atenção básica, como na referência para os serviços de média complexidade, impede que o modelo hegemônico

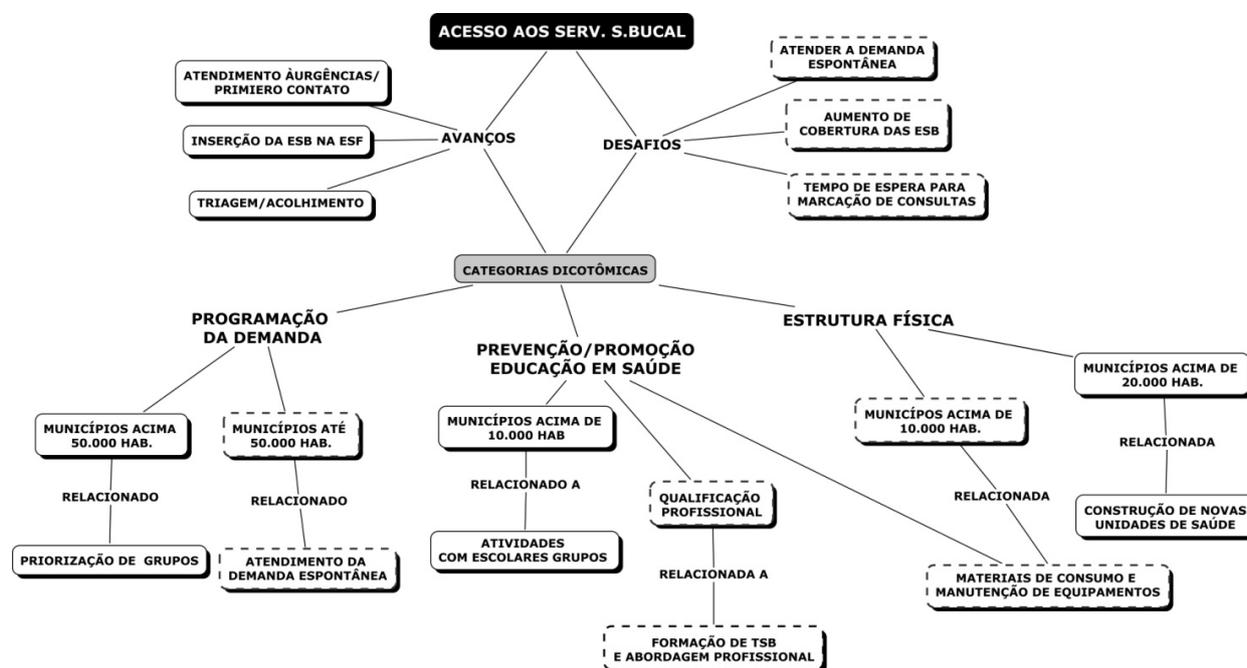
curativista seja completamente substituído por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Araújo e Dimenstein,<sup>16</sup> além de Santos e Assis,<sup>17</sup> relataram a dificuldade do CD em realizar atividades preventivo-promocionais no âmbito da APS nos estados do Rio Grande do Norte e na Bahia, respectivamente. Alguns motivos apontados nestas pesquisas foram a falta de material para o dentista realizar educação em saúde e a falta de capacitação para realizar atividades em grupos. Nesta perspectiva, a focalização destas atividades em grupos específicos fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal.

Apesar de a inclusão da ESB na APS ser um grande avanço na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, sua inserção se deu sem considerar a demanda que já existia (demanda reprimida) e da média de pessoas a ser coberta por cada ESB a sua presença na equipe mínima ainda não é um consenso.

Outro aspecto relevante foi a presença de categorias dicotômicas que se constituíram ora como avanços, ora como desafios. Estas categorias se configuram como os grandes nós no acesso aos serviços de saúde bucal no âmbito da APS e sofreram influência do porte populacional (Figura 1).

**FIGURA 1 - MAPA CONCEITUAL DOS AVANÇOS E DESAFIOS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.**



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo dos dados coletados, identificou-se que, no período pesquisado, na questão do acesso existem mais desafios do que avanços e estes são determinados pelo porte populacional. A inserção da ESB na APS é um avanço, entretanto a organização do processo de trabalho das equipes de acordo com suas diretrizes; a ampliação da cobertura; a realização de ações programáticas e de atividades de prevenção, promoção e educação em saúde e a estrutura física/condições de trabalho se configuraram como os grandes nós na acessibilidade aos serviços de saúde bucal da APS.

Persiste o desafio das ESB em desenvolver atividades no seu processo de trabalho que sejam congruentes com as atribuições da APS, visto que a garantia de

atendimento à demanda espontânea e também a realização de ações programáticas são atribuições comuns a todos os profissionais da ESF.

Recomenda-se que os resultados da pesquisa sejam utilizados no planejamento das ESB e as intervenções para superação dos desafios sejam compartilhadas entre os municípios.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002
- Navarro CM. A assistência odontológica na Europa. In: Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 5ª ed. São Paulo: Santos; 2008. 83-108

3. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM.(org.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
4. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública. 2006; 40 (3): 141-7.
5. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 575-625.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. 2008; 17: 1-92.
7. Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, 1996; 1 (13): 18-35.
8. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Ministério da Saúde; 2004. [acesso em Jan. 2011.] Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf) [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)
9. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. n.º 204. 24 out 2011; Seção 1: 48-55.
10. Ceará. Plano Diretor de Regionalização. Fortaleza: Estado do Ceará, 2006; 1- 83.
11. Torres TZG, Magnanini MMF, Luiz RR. Amostragem. In: Medronho RA, Bloch KV Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. 413-414
12. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos municípios brasileiros: assistência social 2005: pesquisa de informações básicas municipais. Rio de Janeiro; 2006.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A (tradutores). São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Junior JLAC, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). Ciênc. Saúde coletiva .2010; 15(4): 2189-2196.
16. Araujo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 11(1): 219-227.
17. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoínhas, BA. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(1): 53-61.

