



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Igor Greik Agnoletto

**INIQUIDADES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA
DAS REGIÕES METROPOLITANAS DO BRASIL.**

Florianópolis, 2017.

Igor Greik Agnoletto

**INIQUIDADES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA
DAS REGIÕES METROPOLITANAS DO BRASIL.**

Dissertação de Mestrado em Odontologia -
Área de Concentração Odontologia em
Saúde Coletiva, apresentada para obtenção
do título de Mestre em Odontologia em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Lemos
Carcereri

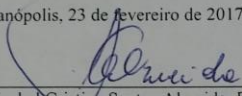
Florianópolis
2017

Igor Greik Agnoletto

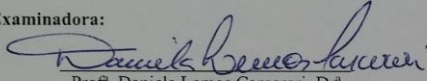
**INIQUIDADES EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA
DAS REGIÕES METROPOLITANAS DO BRASIL.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de "Mestre em Odontologia" e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO) da Universidade Federal de Santa Catarina.

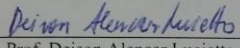
Florianópolis, 23 de fevereiro de 2017.


Prof.^a Izabel Cristina Santos Almeida, Dr.^a
Coordenadora do PPGO

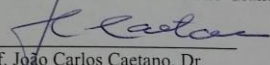
Banca Examinadora:

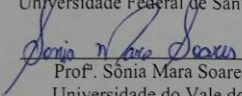

Prof.^a Daniela Lemos Carcereri, Dr.^a
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina


Prof. Deison Alencar Lucietto, Dr.

Faculdade Especializada na Área de Saúde do Rio Grande do Sul


Prof. João Carlos Caetano, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.^a Sônia Mara Soares, Dr.^a
Universidade do Vale do Itajaí

Dedico esta Dissertação às vidas que ficaram e as 71 que partiram na tragédia de Medellín.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina pelo acolhimento e oportunidade de retornar ao ambiente acadêmico, respirando e vivenciando conhecimento por meio do Programa de Pós-Graduação em Odontologia;

À Prefeitura Municipal de Pinhalzinho/SC por investir e acreditar no aperfeiçoamento profissional e no conhecimento para a construção de um serviço público respeitável e de qualidade;

Ao Colégio de Aplicação da UFSC e à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pela parceria em projetos de extensão e pelas ricas vivências na Atenção Básica municipal;

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFSC e, especialmente, aos professores da área de Odontologia em Saúde Coletiva pela parceria e persistência em acreditar numa Odontologia mais justa, humana e verdadeiramente, coletiva;

À Prof^a.Dr^a Magda Duarte dos Anjos Scherer e à UnB, responsáveis pela coordenação do projeto multicêntrico, que tanto colaborou com esse trabalho;

Aos colegas e membros do ‘GIS’- Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Interdisciplinaridade, Educação e Saúde, pela acolhida;

Aos colegas da turma PPGO 2015/1 pela breve e agradável convivência, pelas trocas de experiências, angústias, sorrisos e conhecimento;

À minha querida amiga Raphaela de Souza Medeiros pela calma, pela parcimônia no ‘ouvir’ e amenidade no ‘falar’, pelo alto astral contagiante. À amiga e parceira Ana Carolina de Oliveira Peres pela cumplicidade, solidariedade, paciência, pelas discussões e pelo crescimento que proporcionou com nosso convívio. Ao amigo João Rodolpho Jakymiu pela fidelidade, respeito e companheirismo nas lutas pela vida afora;

Aos colegas servidores públicos de Pinhalzinho, em especial, aos colegas da Saúde Bucal, por ‘segurarem a barra’ na minha ausência, com um trabalho digno e exemplar na atenção à população pinhalense, pelas lutas, união e confiança;

À minha orientadora, pessoa sensacional, excêntrica, lutadora e sonhadora, que ensina ‘sem querer’ e que exerce o ‘compreender’, apaixonadamente. Nossos breves momentos de convívio trouxeram aprendizados para a vida inteira;

Aos professores membros da banca examinadora Dr.João Carlos Caetano, Dra.Sônia Mara Soares, Dra.Grasiela Garrett da Silva e Dr. Deison Alencar Lucietto pela atenção e pelas valorosas contribuições ao trabalho;

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo, pela torcida incondicional, pelo carinho, mesmo à distância;

Aos meus filhos queridos, João Pedro e Maria Clara, por serem o porquê do levantar, do lutar, do vencer, do perder, do reerguer, do sonhar, do viver e de querer ser mais a cada dia, amo vocês; ao Gabi pelo convívio e paciência, pelo respeito e amizade!

À minha esposa *Sale*, a pessoa que escolhi amar, que luta comigo onde quer que eu vá, que me aceita e me faz melhor, obrigado por existir na minha vida;

E por fim, a essa 'Força Estranha', a esse Deus, a Ele que não tem explicação, mas que sem se ver, se faz sentir, se faz acreditar e nos faz tão bem, nos permite esse desafio de viver.

Obrigado!

RESUMO

As Regiões Metropolitanas (RMs) brasileiras constituem-se em complexos urbanos caracterizados por complementaridade funcional e integração das dinâmicas geográficas, ambientais, políticas e socioeconômicas. O Brasil possui 39 RMs oficialmente constituídas e distribuídas por 22 estados e 631 municípios. As particularidades inerentes a cada RM fomentam desigualdades na forma como se desenvolvem e nas relações que estabelecem com a sociedade. As desigualdades podem relacionar-se a naturezas distintas, podendo ser tipificadas em iniquidades quando evitáveis, inaceitáveis e injustas. As iniquidades assolam e disseminam-se pela estrutura societária, restringindo as escolhas e oportunidades de acesso e usufruto dos bens essenciais à vida, dentre estes a saúde e, especialmente, a saúde bucal. O presente estudo objetivou analisar as iniquidades no acesso à saúde bucal na Atenção Básica (AB) de RMs brasileiras, subdividindo-se na apresentação de dois Artigos. O primeiro Artigo, por meio de metodologia quantitativa, objetivou descrever e correlacionar os níveis de desenvolvimento socioeconômico de 19 RMs, com a expressão de indicadores de acesso à saúde bucal na AB. O segundo Artigo utilizou Método Misto (quantitativo-qualitativo) objetivando a identificação de iniquidades em saúde bucal, a partir da expressão de indicadores de acesso e assistência, e da perspectiva do trabalho de profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios de três RMs brasileiras socioeconomicamente distintas. Os resultados do primeiro Artigo apontam para a existência de diferenças nos indicadores de acesso à saúde bucal na AB, correlacionadas, com os diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico das 19 RMs. O segundo Artigo, em sua fase quantitativa, confirmou as correlações encontradas no primeiro Artigo, evidenciando diferenças no desempenho dos indicadores de acesso à saúde bucal entre RMs de diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, com parte dos indicadores de assistência seguindo nesta direção. Adicionalmente, a fase qualitativa apontou diferenças na organização e práticas do trabalho das ESBs com potencial explicativo às iniquidades no acesso e assistência da saúde bucal na AB das três RMs e respectivos municípios do estudo. A evidenciação das iniquidades entre as regiões do estudo, exige a reorientação das lógicas e rotinas da atenção, a avaliação da efetividade das políticas indutoras, bem como, a ampliação de suas frentes vislumbrando a promoção de práticas pró-equidade, com

qualificação do acesso e assistência à saúde bucal, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Desenvolvimento humano. Desigualdades em saúde. Iniquidade social. Saúde bucal. Atenção básica.

ABSTRACT

Brazilian Metropolitan Regions (RMs) are urban complexes characterized by functional complementarity and integration of geographic, environmental, political and socioeconomic dynamics. The particularities inherent to each RM promote inequalities in the way they are developed and in the relationships they establish with society. Inequalities can relate to distinct kinds, and can be typified in iniquities when avoidable, unacceptable, and unjust. Iniquities are rampant and widespread in the corporate structure, restricting the choices and opportunities of access and usufruct of essential goods to life, among them health and especially oral health. The present study aims to analyze the iniquities in access to oral health in Primary Care (AB) of Brazilian RMs, subdividing the presentation of two articles. The first, through a quantitative methodology, aimed to describe and correlate the levels of socioeconomic development of 19 RMs, with the expression of indicators of access to oral health in AB. The second method used the Mixed Method to identify the iniquities in oral health, based on the expression of indicators of access and care, and the perspective of the work of professionals of the Oral Health Teams (ESB) of the Family Health Strategy (FHS) of municipalities Of three socioeconomically distinct Brazilian RMs. The results of the first article indicate to the existence of differences in the indicators of access to oral health in AB correlated with the different levels of socioeconomic development of the 19 RMs. The second article confirmed the correlations found in the first article, evidencing differences in the performance of indicators of access to oral health among RMs of different levels of socioeconomic development, in the quantitative phase, with some of the indicators of care moving in this direction. Additionally, the qualitative phase pointed out differences in the organization and work practices of the ESBs with explanatory potential to the inquiries in the access and assistance of oral health in the AB of the three RMs and respective municipalities of the study.

Keywords: Human development. Inequalities in health. Social inequity. Oral health. Primary care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estrutura polihierárquica da Política Nacional de Saúde Bucal.....	54
Figura 2 -	Projeto Sequencial Explanatório.....	56
Figura 3 -	Faixas do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).....	60
Figura 4 -	Faixas do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM).....	62
 Artigo 2		
Figura 1 -	As desigualdades na atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.....	101
Figura 2 -	Dimensão ‘Acesso e Assistência’ e suas categorias.....	102

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 2

Gráfico 1 - Desempenho do IFDM e respectivas dimensões, segundo Região Metropolitana do estudo, em 2015.....	94
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Regiões Metropolitanas (RMs) brasileiras oficialmente constituídas, 2015.....	34
Quadro 2 -	RMs, Municípios, Unidades Básicas de Saúde e respectivas Equipes de Saúde Bucal (ESB) integrantes do Artigo 2	58
Artigo 2		
Quadro 1 -	Indicadores de Saúde Bucal do estudo segundo fonte de informação, 2014.....	95

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 -	Desenvolvimento socioeconômico dos quintis do estudo, segundo IDHM (2010) e IFDM(2010 e 2015)...	76
Tabela 2 -	Desempenho dos indicadores de saúde bucal do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, por quintil, em 2010.....	77
Tabela 3 -	Desempenho dos indicadores de saúde bucal do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, por quintil, em 2015.....	78
Tabela 4 -	Correlação entre variáveis independentes (IDHM e IFDM) e variáveis respostas, 2010 e 2015.....	79

Artigo 2

Tabela 1 -	Municípios das Regiões Metropolitanas, segundo aporte populacional, IBGE, 2014.....	94
Tabela 2 -	Desempenho dos indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, segundo Região Metropolitana do estudo,2014.....	98
Tabela 3 -	Indicadores do Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação Complementar (PMA-C), segundo População, 2014.....	99
Tabela 4 -	Indicadores do Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação Complementar (PMA-C), segundo ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’, 2014.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BNH	Banco Nacional de Habitação
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde
CNDU	Conselho Nacional de Desenvolvimento Urbano
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBEU	Índice de Bem Estar Urbano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFDM	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	Declaração dos Objetivos Do Milênio
OS	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa das Agentes Comunitárias de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMA-C	Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação –

	Complementar
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNB	Produto Nacional Bruto
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RIDE	Região Interestadual de Desenvolvimento
RM	Região Metropolitana
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH	Sistema Internações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
EU	União Europeia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	27
2.OBJETIVOS.....	29
2.1.Objetivo Geral.....	29
2.2.Objetivos Específicos.....	29
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
3.1.Regões Metropolitanas Brasileiras e o Processo de Urbanização.....	31
3.2.As Desigualdades e o Desenvolvimento Socioeconômico.....	35
3.3.As Iniquidades na Saúde Bucal da Atenção Básica.....	40
3.4.As Políticas Públicas de Saúde.....	42
3.4.1. <i>Definições e Contextualização Histórica.....</i>	42
3.4.2. <i>As Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil.....</i>	48
4.METODOLOGIA EXPANDIDA.....	55
4.1.Tipo de estudo.....	55
4.2.Locais e sujeitos do estudo.....	56
4.3.Coleta de dados.....	58
4.4.Análise dos dados.....	66
4.5.Aspectos éticos.....	69
5.RESULTADOS.....	71
5.1.Artigo 1. Iniquidades no acesso à Saúde Bucal na Atenção Básica e o Desenvolvimento Socioeconômico das Regiões Metropolitanas.....	71
5.2.Artigo 2. Iniquidades em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de Regiões Metropolitanas: Uma Abordagem de Métodos Mistos.....	89
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS	123
ANEXOS.....	133
ANEXO 1 - Roteiro de entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais das Equipes de Saúde Bucal.....	133
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	135

1.INTRODUÇÃO

O “Estatuto das Metrópoles” (2015) define que regiões metropolitanas (RMs) compreendem unidades territoriais urbanas de dois ou mais municípios limítrofes, caracterizadas por complementaridade funcional e integração das dinâmicas geográficas, ambientais, políticas e socioeconômicas. A rede urbana do país, portanto, compreende o conjunto de centros urbanos que polarizam o território nacional e os fluxos de pessoas, bens e serviços que se estabelecem entre eles e com as respectivas áreas rurais. Assim, as RMs compõem redes urbanas de dimensões variadas, estabelecendo relações dinâmicas entre si de diferentes magnitudes. São essas interações que respondem não apenas pela atual conformação espacial da rede, mas também por sua evolução futura, cuja compreensão é fundamental para o estabelecimento de metas de políticas públicas. O Brasil possui 39 RMs oficialmente constituídas e distribuídas por 22 estados e 631 municípios, expressando a heterogeneidade e as desigualdades política, socioeconômica e histórica presentes entre as macrorregiões brasileiras e prevalentes de um país com dimensões continentais (MARICATO ; TANAKA, 2006; VASCONCELLOS; FELIX; FERREIRA, 2007; BRASIL, 2015).

As duas últimas décadas no Brasil são marcadas por mudanças sociais importantes caracterizadas, sobretudo, pela redução da desigualdade e da pobreza. Essa redução ocorre para o país como um todo, mas de forma diferenciada entre as regiões. No Brasil, entre 1990 e 2009, o coeficiente de Gini, que mede a desigualdade de renda, reduziu-se em quase 12%, variando de 0,61 para 0,54. Essa redução foi observada em todas as regiões, sendo maior no Sul e no Sudeste, com quedas de 15% e 11,5%, e menor no Centro Oeste (8,3%). Mudanças mais acentuadas foram observadas para as taxas de pobreza. No Brasil, em 1990, a taxa de pobreza era igual a 41,92% caindo para 11,60% em 2009. Entre as regiões, as maiores quedas foram observadas para o Sul, Centro Oeste e Sudeste, 68%, 63% e 57% respectivamente. Apesar dessas reduções, diferenças regionais marcantes ainda estão presentes. Em 2009, enquanto nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste a taxa de pobreza encontrava-se em torno de 12%, no Nordeste e Norte esse valor era em torno de 40% e 32,54% respectivamente (IPEA, 2011).

Sabidamente, as desigualdades socioeconômicas impactam e redundam às condições de vida e saúde das populações. A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde (1978), realizada em Alma Ata, reconheceu que a chocante desigualdade existente entre o

estado de saúde dos povos de países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como dentro dos próprios países, é política, social e economicamente inaceitável. A Declaração de Alma Ata aponta a saúde como responsabilidade de todos, especialmente governamental, sendo viabilizada por medidas de desenvolvimento social e econômico, de forma participativa, orientando-se pela organização da Atenção Primária em Saúde (APS) nos sistemas de saúde dos países (WHO, 1996; PEREIRA, 2003).

A Conferência de Alma Ata subsidiou e potencializou o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil que, consolidando-se na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), propõe a reestruturação do sistema de saúde brasileiro. O direito à saúde como acesso à cidadania passa a ser previsto constitucionalmente em 1988 e regulamentado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990. O SUS alicerça sua construção com base nos princípios organizacionais da Descentralização, Regionalização, Hierarquização e da Participação Social, suportados pelos princípios doutrinários ou ideológicos da Integralidade da Atenção, Universalidade e Equidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A incorporação da equidade como princípio doutrinário do SUS leva ao reconhecimento de que desigualdades evitáveis e inaceitáveis relacionadas às condições de saúde da população brasileira ocorrem, inequivocamente, no país. No caso específico da saúde bucal, as iniquidades podem relacionar-se com a perspectiva dos agravos, da assistência, da cobertura ou do acesso, afetando mais acentuadamente os grupos socioeconomicamente desfavorecidos. As iniquidades de acesso à saúde bucal no âmbito da Atenção Básica (AB) estão relacionadas a questões demográficas, políticas, culturais, econômicas e estruturais com mecanismos específicos pelos quais estas relações são dinamizadas. Todavia, percebe-se uma escassez de estudos direcionados à análise das iniquidades no acesso aos serviços de saúde bucal na atenção básica das regiões metropolitanas brasileiras, bem como, da identificação, investigação e compreensão de fatores relacionados a estas iniquidades (MOYSES; MOYSES; KRIGER, 2008; PASSOS et al., 2011; CELESTE; FRITZELL; NADANOVSKY, 2011; BONECKEER et al., 2013).

Diante do exposto, objetiva-se analisar as iniquidades em saúde bucal da Atenção Básica de Regiões Metropolitanas brasileiras.

2.OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar as iniquidades em saúde bucal da Atenção Básica das Regiões Metropolitanas brasileiras.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever e correlacionar os níveis de desenvolvimento socioeconômico com a expressão de indicadores de acesso à saúde bucal na Atenção Básica de 19 Regiões Metropolitanas Brasileiras;

- Identificar iniquidades em saúde bucal a partir da expressão de indicadores de acesso e assistência, e caracterizá-las pela perspectiva do trabalho de profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família de três Regiões Metropolitanas brasileiras socioeconomicamente distintas.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.Regões Metropolitanas Brasileiras e o Processo de Urbanização

O processo de urbanização e industrialização que houve no Brasil a partir da década de 1950 foi fruto de políticas desenvolvimentistas de Estado que trouxeram como consequência o acúmulo de população em algumas regiões do país. Inicialmente estas regiões exerciam forte poder atrativo populacional numa expectativa de oferecer melhores condições de vida aos seus habitantes. Porém, estas expectativas não se concretizaram para a maioria da população e gradualmente surgiram fenômenos negativos no interior destas áreas, constituindo-se nos mais graves problemas urbanos vistos até hoje. A instituição das RMs apresentou-se como estratégia de planejamento e gestão dos vários municípios integrantes atuando conjuntamente em defesa dos seus interesses comuns (MATOS, 2000; MOTTA; AJARA, 2001).

O início dos anos 70 marcou a oficialização das primeiras RMs brasileiras pela atuação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Urbano (CNDU) e o Banco Nacional de Habitação (BNH) com a promulgação, em 1973, da Lei Complementar 14 da Constituição de 1967. O nascimento das RMs coincide com o período de maior crescimento populacional e metropolização no país, resultantes de intensos fluxos migratórios relacionados com a política desenvolvimentista e industrial empregada até então. Os fluxos migratórios carregaram consigo o fluxo da pobreza, com pobres rurais tornando-se pobres metropolitanos sedentos por maiores demandas de serviços públicos e estabilidade na localização do espaço urbano. (TOLOSA, 1991; ROCHA, 2000).

A década de 1980 abarcou o fim da era industrial com redução do PIB brasileiro e crescimento contínuo da inflação. O quadro econômico agravou-se com disparada dos juros, estagnação do comércio internacional, crise fiscal e dívida externa, influenciando diretamente os padrões demográficos vigentes. Nesse contexto, a Constituição de 1988 transfere a responsabilidade pela criação das RMs aos Estados.

Os movimentos populacionais em direção às cidades e o modo de viver urbano trouxeram mudanças nos padrões de sociabilidade, no acesso à informação e serviços, no sistema de valores sociais e familiares, na participação no mercado de trabalho etc. Esse novo urbano – com chances

de acesso a serviços de saúde, oportunidades educacionais, inserção da mulher no mercado de trabalho, difusão dos meios de comunicação de massa – levou a alterações nas componentes demográficas, pois a fecundidade começou a declinar consideravelmente no País, a esperança de vida continuou a aumentar e as taxas de mortalidade que já vinham em declínio diminuíram ainda mais, especialmente as taxas de mortalidade infantil. Essas ocorrências fazem parte do processo de transição demográfica e do consequente envelhecimento populacional, estreitamente ligado ao nível de urbanização e, no caso brasileiro, à metropolização (RIBEIRO; SILVA; RODRIGUES, 2011).

A crise deflagrada nos anos 80 adentra à década seguinte. O aumento do desemprego e a restrição das oportunidades de ocupação no mercado de trabalho nacional foram drásticos, contribuindo para uma piora generalizada nas condições de inserção dos trabalhadores, reduzindo as remunerações e a taxa de assalariamento no mercado de trabalho urbano, já bastante precarizado pelo elevado peso das ocupações informais. A criação do Plano Real projeta-se como resposta ao contexto dramático apresentado, estabilizando a economia e reduzindo a pobreza, especialmente nas áreas metropolitanas. No entanto, o período pós-estabilização revela que a redução da pobreza metropolitana não prosseguiu na segunda metade da década de 1990, ficando em torno de 34% da população (SIQUEIRA; MAIA, 2010).

A desconcentração e reestruturação da economia resultam na emergência e consolidação de outras RMs que passaram a abrigar parte significativa dos fluxos migratórios que se dirigiam ao eixo dinâmico brasileiro (Rio-São Paulo). A nova perspectiva favorecia a valorização de espaços econômicos eficientes, seletivos e competitivos sem, no entanto, considerar a construção de um projeto civilizatório à sociedade brasileira (RIBEIRO; SILVA; RODRIGUES, 2011).

Para Moura et al. (2009) as RMs polarizam o território brasileiro nas escalas nacional, regional e local, além de hierarquizar os municípios abarcados segundo o grau de integração com a dinâmica metropolitana. Apesar das normatizações, a criação de RMs, na maioria das vezes, não obedece a critérios claros, objetivos e consistentes, tanto na sua institucionalização quanto na definição dos municípios que as compõem. Ribeiro et al. (2014) propõem alguns quesitos

imprescindíveis para que um aglomerado urbano efetive-se em RM: a) tamanho e concentração: considerando-se o volume populacional, o número de agências bancárias, o volume total de operações bancárias/financeiras e a massa de rendimento mensal; b) capacidade de centralidade: a existência de serviço raro, em nível nacional, como o movimento aeroportuário de passageiros; c) grau de inserção na economia: número de empregos formais em atividade de ponta como proxy da capacidade de inovação e incorporação tecnológica; d) poder de direção: número de sedes de empresas classificadas entre as 500 maiores do País; e) gestão pública: definição político-administrativa de capital estadual ou capital federal no caso de Brasília.

Em 2015, a Lei 13.089/15, ou Estatuto das Metrôpoles:

[...] estabelece diretrizes gerais para o planejamento, a gestão e a execução das funções públicas de interesse comum em regiões metropolitanas e em aglomerações urbanas instituídas pelos Estados, normas gerais sobre o plano de desenvolvimento urbano integrado e outros instrumentos de governança interfederativa, e critérios para o apoio da União a ações que envolvam governança interfederativa no campo do desenvolvimento urbano (BRASIL, 2015).

Após o advento do Estatuto das Metrôpoles, o país conta com 39 RMs concentrando, aproximadamente, 46% da população brasileira, distribuídas por 22 estados e 631 municípios expoentes das tendências e disparidades socioeconômicas macrorregionais. O estatuto prevê, além das RMs (compostas por municípios de um mesmo estado), a criação das Regiões Interestaduais de Desenvolvimento ou RIDEs que extrapolam os limites de um mesmo estado, para inserção de municípios de estados contíguos (Quadro 1). Das 39 RMs, 15 concentram protagonismo por, efetivamente, exercerem função de direção, comando e coordenação de fluxos sociais, políticos e econômicos: São Paulo, Rio de Janeiro, Região Interestadual de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE-DF), Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre, Salvador, Recife, Fortaleza, Manaus, Belém, Goiânia, Campinas, Florianópolis e Grande Vitória (RIBEIRO, 2016).

Quadro 1. Regiões Metropolitanas brasileiras oficialmente constituídas, 2015.

1. Agreste /AL	21. Macapá/AP
2. Aracajú/SE	22. Maceió/AL
3. Baixada Santista/SP	23. Manaus/AM
4. Belém/PA	24. Maringá/PR
5. Belo Horizonte/MG	25. Natal/RN
6. Campina Grande/PB	26. Norte-Nordeste /SC
7. Campinas/SP	27. Porto alegre/RS
8. Carbonífera/SC	28. Recife/PE
9. Cariri/PE	29. RIDE DF
10. Chapecó/SC	30. RIDE Petrolina-Juazeiro
11. Cuiabá /MT	31. Rio de Janeiro/RJ
12. Curitiba/PR	32. Salvador/BA
13. Florianópolis/SC	33. São Luiz/MA
14. Fortaleza/CE	34. São Paulo/SP
15. Foz do Itajaí/SC	35. Sudoeste Maranhense/MA
16. Goiânia/GO	36. Tubarão/SC
17. Grande Teresina/PI	37. Vale do Aço /MG
18. João Pessoa/PB	38. Vale do Itajaí /SC
19. Lages/SC	39. Vitória/ES
20. Londrina/PR	



Fonte: Adaptado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 2015.

As últimas três décadas têm acirrado as discussões sobre as questões urbanas no Brasil e sua estreita relação com as desigualdades urbanas das principais metrópoles do país. A ausência de serviços e infraestrutura nas periferias expõe as disparidades dos espaços intrametropolitanos, refletindo-se no acesso aos recursos coletivos necessários à reprodução social nas grandes cidades e condições de bem-estar urbano. A utilização do Índice de Bem Estar Urbano (IBEU) criado pelo Observatório das Metrópoles e baseado nos dados censitários de 2010 para análise do bem-estar nas RMs, elucida que

praticamente 25% da população sujeita-se à precariedade das condições urbanas nas principais metrópoles do país (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

O IBEU demonstra que as desigualdades no bem-estar urbano transcendem os limites intrametropolitanos. Enquanto as RMs com as melhores condições urbanas situam mais de 50% de sua população em condições de alto ou muito alto bem-estar (Campinas (85,9%), Porto Alegre (57,3%), Belo Horizonte (56,4%), Curitiba (55,5%), Grande Vitória (51,4%) e Goiânia (50,9%)), outras concentram a maior parcela da população em condições inadequadas de baixo ou muito baixo bem-estar urbano (Belém (80,5%), Manaus (56,8%) e Recife (55,7%)). Em condições intermediárias estão RMs cuja maior parcela da população encontra-se em áreas cujo nível de bem-estar urbano é considerado médio (Florianópolis (52,5%), Salvador (50,4%) e Fortaleza (50,2%)), nestas RMs, as diferenciações baseiam-se nos aportes populacionais constantes de outros estratos. As RMs de Salvador e Fortaleza apresentam contingentes expressivos de níveis inadequados de bem-estar enquanto Florianópolis concentra 36,3% da população em alto ou muito alto níveis de bem estar urbano (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013; RIBEIRO, 2016).

De fato, as RMS brasileiras carregam consigo a representatividade da dinâmica intraurbana e interurbana no país e a expressividade das desigualdades, da segregação, das diferenciações em termos de infraestrutura, segurança, disponibilidade de espaços e serviços públicos essenciais, influenciando os níveis de bem-estar de pessoas e famílias (IPEA, 2015).

3.2. As Desigualdades e o Desenvolvimento Socioeconômico

As primeiras reflexões acerca do tema desigualdade remetem à Grécia Antiga (Séc.VI e VII A.C). O nascimento da *polis* e da democracia ateniense desenvolveram embates ideológicos sobre a política, distribuição de bens, direitos e obrigações entre os cidadãos. Os princípios do igualitarismo propostos por Aristóteles, que legitimavam as práticas vigentes à época, apontavam que os desníveis entre seres humanos estavam pré e naturalmente determinados. Claramente, o conceito de desigualdade abarca conotações ideológicas, sendo mutável, mas social e historicamente construído (SILVA; BARROS, 2002; RONCALLI, 2008).

Para Rosseau as desigualdades distinguem-se em naturais ou físicas (estabelecidas pela natureza, qualidades do espírito e alma) e políticas ou morais que, convencionadas entre os homens, apresentaria

causas sociais e seriam expressas, pelos privilégios de uns em detrimento do prejuízo de outros. Por certo, diferenças individuais como gênero, raça, força, estatura, inteligência e fecundidade são consideradas desigualdades naturais, não determinando, por si só, a ocorrência das desigualdades sociais. As desigualdades sociais associam-se à ocupação de posições diferentes na organização social do processo de produção e acesso a bens, resultando, portanto, da estratificação da sociedade (BOBBIO; MATTUCCI; PASQUINO, 2007).

O fenômeno da estratificação social e suas implicações nos desníveis sociais foi explicado por amplo arcabouço teórico ao longo da história. A teoria marxista apontava que o surgimento das diferentes classes sociais redundava da produção econômica e estrutura dela resultante; a teoria funcionalista atrela a estratificação social diretamente à divisão do trabalho; já para Weber a estratificação relaciona-se com três dimensões gerais: a da riqueza, a do prestígio e a do poder. Dessa forma, propôs um modelo de classes que agrupava indivíduos conforme um conjunto de probabilidades típicas:

[...] de provisão de bens; de posição externa; de destino pessoal, que derivam, dentro de uma determinada ordem econômica, da magnitude e natureza do poder de disposição (ou da carência dele) sobre bens e serviços e das maneiras de sua aplicabilidade para a obtenção de rendimentos (FERREIRA; GUANABARA; JORGE, 2013).

Independentemente da corrente teórica explicativa, cabe ressaltar que os conceitos de inclusão ou exclusão sociais sempre estarão relacionados à estratificação da sociedade, visto que, os benefícios do desenvolvimento, as redes de interação social e a participação política são distribuídos de maneira desigual. O enfoque multidimensional desses conceitos e sua ênfase nos processos social, político e econômico são inovações na análise das desigualdades, bem como, na formulação de políticas. Nesse sentido, países da União Europeia (UE) buscaram, por meio da Cúpula de Lisboa em 2000, atingir altos padrões de desenvolvimento com altos padrões de igualdade social, exaltando o processo de integração atrelado à coesão social. Paralelamente, no início dos anos 2000 esboçam-se esforços à superação das desigualdades sociais e especialmente, na distribuição de renda, que leva a pobreza a níveis piores do que o desenvolvimento socioeconômico da América Latina (OCAMPO, 2004; AGUIAR, 2007).

Historicamente, por mais paradoxal que pareça, os conceitos de desigualdade e desenvolvimento coexistiram e relacionaram-se proximamente. O desenvolvimento, primariamente, confundiu-se ou delimitou-se pelo desempenho econômico das nações. Em 1962, a Organização das Nações Unidas valeu-se da escolha do indicador Produto Nacional Bruto (PNB) para aferir o nível de desenvolvimento dos diversos países, oportunizando a divisão entre “pobres” e “ricos”. Em 1973, o Banco Mundial enfatiza que o mero crescimento econômico aferido pelo PNB não significaria, automaticamente, a redução dos níveis de pobreza, visto que crescimento não redundava, necessariamente, em real desenvolvimento. Admitia-se que as melhoras quantitativas necessitavam de melhoras qualitativas que promovessem o desenvolvimento das condições de vida das populações, especialmente em países subdesenvolvidos (GOMEZ, 2011).

Desta forma, o social e o econômico se imbricam nesta nova acepção do termo desenvolvimento, desatando-se a corrida pelo planejamento do potencial humano como caminho para desencadear o desenvolvimento. Estamos diante da estratégia das Necessidades Humanas Básicas como saída para os impasses com que o desenvolvimento estava se defrontando (GOMEZ, 2011).

Esta mudança na perspectiva conceitual de desenvolvimento compreende uma tripla condição: social, no sentido de acesso a educação, moradia, serviços de saúde, alimentação, uso racional e sustentável dos recursos e respeito da cultura e tradições no seu entorno social; econômico, em relação às oportunidades de emprego, satisfação, como mínimo, das necessidades básicas e uma boa distribuição da riqueza; e político, a respeito da legitimidade não só em termos legais, mas também em termos de provisão à maioria da população de benefícios sociais. Dessa forma, a visão reducionista de que desenvolvimento restringe-se ao desempenho econômico cede espaço à ubiquidade e incorporação da faceta social, originando o termo: desenvolvimento socioeconômico (REYES, 2001).

A análise do desenvolvimento socioeconômico principiou-se pela criação, monitoramento e avaliação de indicadores estritamente econômicos. O primeiro indicador utilizado na aferição da intensidade do desenvolvimento econômico mundial foi o Produto Nacional, sendo

subdividido em Produto Nacional Bruto (PNB) e Produto Interno Bruto (PIB). O caráter meramente econômico começa a desconstruir-se com a criação do Índice de Gini, voltado à aferição das desigualdades na distribuição da renda da população. Em 1998, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) aponta fragilidades do indicador de Gini relacionadas, especialmente, à incapacidade deste na captação de fluxos de concentração de renda entre os diversos estratos da sociedade (CARIO, 2011).

As limitações da utilização de indicadores econômicos para a avaliação de desenvolvimento socioeconômico resultam na consolidação de outras dimensões de análise, especialmente, após a criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 1990. O conceito de desenvolvimento humano apoia-se na dinâmica do processo de ampliação das liberdades das pessoas, no que tange suas capacidades e as oportunidades a seu dispor (CARIO, 2011; PNUD, 2013)

A expansão das liberdades inclui as dinâmicas sociais, econômicas, políticas e ambientais necessárias para garantir uma variedade de oportunidades para as pessoas, bem como o ambiente propício para cada um exercer na plenitude seu potencial. Assim, desenvolvimento humano deve ser centrado nas pessoas e na ampliação do seu bem-estar, entendido não como o acúmulo de riqueza e o aumento da renda, mas como a ampliação do escopo das escolhas e da capacidade e da liberdade de escolher. Nesta abordagem, a renda e a riqueza não são fins em si mesmas, mas meios para que as pessoas possam viver a vida que desejam (PNUD, 2013).

O IDH consiste em um índice composto pelas dimensões de renda, educação e saúde, utilizadas para a comparação da dinâmica do desenvolvimento entre países. A aferição da dimensão de renda considera o desempenho do PIB *per capita* (em dólares); a dimensão Educação é aferida pela Taxa de alfabetização e pela Taxa de matrículas nos três primeiros níveis de ensino e; a dimensão Saúde baseia-se em dados sobre a longevidade das populações. No Brasil, o IDH sofreu algumas adaptações e passou a ser utilizado em níveis regionais e municipais, originando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM (CARIO, 2011; PNUD, 2013).

A transição paulatina da óptica de desenvolvimento estritamente econômico à incorporação da dimensão social e humana explicita-se com a Declaração dos Objetivos do Milênio (ODM), em 2000. Os ODMs foram acordados, mutuamente, por 189 países, propondo avanços mensuráveis nas áreas mais críticas do desenvolvimento humano até 2015. Estas mensurações basearam-se no estabelecimento de 08 objetivos principais (subdivididos em 22 metas e 60 indicadores): a) Erradicação da pobreza extrema e da fome; b) Acesso universal ao ensino básico; c) Promoção da igualdade entre os sexos e da autonomia feminina; d) Redução da mortalidade infantil; e) Melhora da saúde materna; f) Combate ao HIV/AIDS, à Malária e outras doenças; g) Garantia da sustentabilidade ambiental; h) Estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento. No Brasil, estabeleceram-se três metas principais: A redução do nível de incidência de pobreza extrema na população mundial à metade do observado em 1990; Alcance do emprego pleno e produtivo, com trabalho decente a todos, incluindo jovens e mulheres e; A redução, à metade, da proporção das pessoas que passam fome. A observância e respeito às metas direciona a criação e implementação de políticas governamentais que, no caso do Brasil, resultaram em sensível redução dos domicílios e famílias em extrema pobreza, nas últimas décadas, fomentando o desenvolvimento socioeconômico com tendências de redução das desigualdades (CARIO, 2011; UNICEF, 2015).

Em 2008, a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) propõe o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) como indicador de acompanhamento do desenvolvimento socioeconômico dos municípios brasileiros com abordagem ponderada das três áreas consagradas do desenvolvimento humano: Emprego e Renda, Educação e Saúde. A geração de emprego formal e a capacidade de absorção da mão-de-obra local, bem como, a geração de renda e sua distribuição no mercado de trabalho do município; o nível de oferta de educação infantil e, principalmente, a qualidade da educação prestada no ensino fundamental, em escolas públicas e privadas e a qualidade da atenção básica em saúde a nível municipal são os fins para o monitoramento de dados provenientes de estatísticas públicas oficiais, com periodicidade anual, recorte municipal e cobertura nacional, propiciados pelo IFDM (FIRJAN, 2015).

Os indicadores IDHM e IFDM serão abordados, pormenorizadamente, na metodologia e nos resultados do presente estudo.

3.3. As Iniquidades na Saúde Bucal da Atenção Básica

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma Ata declarou que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável. A Carta de Otawa (1986) ressalta a equidade como condição fundamental à saúde, enfatizando o direcionamento das ações de promoção à saúde à redução das diferenças do estado de saúde da população e garantia de oportunidades e recursos igualitários para capacitarem todas as pessoas à realização de seu pleno potencial de saúde (DUCHIADE, 1999; BOCCOLINI; SOUZA JUNIOR, 2016).

No Brasil, a equidade condensa-se aos princípios da integralidade e universalidade, compondo o tripé dos princípios doutrinários que alicerçam a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivamente, a equidade assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras, buscando tratar desigualmente os desiguais, orientando o direcionamento dos recursos para setores onde as necessidades sejam maiores (BRASIL, 1990; CORDEIRO, 2001; RONCALLI, 2008).

A amplitude da conceituação de equidade e de iniquidade, no entanto, transcende a lógica da prestação de atenção e assistência ou mesmo, da destinação de recursos em saúde. Equidades e iniquidades encerram em si os princípios de justiça que especificam direitos e deveres básicos a serem garantidos pelas principais instituições políticas e sociais, à regulação da divisão dos benefícios provenientes da cooperação social e distribuição de encargos para mantê-las. O respeito a estes princípios de justiça garantem, em tese, igualdade equitativa de oportunidades aos indivíduos por meio da efetivação de uma estrutura básica de sociedade, fundamentada na cooperação social e no reconhecimento de regras e condutas comuns a serem honradas, mesmo à custa de interesses privados e individuais, em favor do bem social comum (RAWLS, 2002; RAWLS, 2003).

Dessa forma, a presença dos princípios de justiça na análise das desigualdades existentes na sociedade remete aos confrontos do 'justo x injusto' ou do 'aceitável x inaceitável'. As desigualdades de elevada magnitude e já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis, advindas de diferenças sistemáticas de saúde produzidas socialmente, sendo potencialmente evitáveis e inaceitáveis em sociedades civilizadas,

convertem-se em verdadeiras iniquidades (SILVA; BARROS, 2002; WHITEHEAD, 2007; RONCALLI, 2008).

Em 2008, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), desenvolveu um relatório sobre as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. O documento relacionou as tendências de evolução demográfica, social e econômica, a estratificação socioeconômica, condições de vida, ambiente e trabalho, comportamentos e estilos de vida às desigualdades existentes em saúde, assinalando que a atenuação destas depende do estabelecimento de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes favoráveis, do fortalecimento das ações comunitárias, do desenvolvimento de habilidades pessoais e da reorientação dos serviços de saúde, em consonância com diversos estudos nacionais e internacionais. As desigualdades (iniquidades) em saúde bucal podem expressar-se na perspectiva dos agravos, da assistência, da cobertura ou do acesso (RONCALLI, 2008; CNDSS, 2008; ALVES, 2013).

Na perspectiva dos agravos, duas grandes Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal promovidas pelo Ministério da Saúde (MS), 2003 e 2010, objetivaram conhecer a situação de saúde bucal da população brasileira, estimando a prevalência dos principais desfechos em saúde bucal. Dentre as conclusões destacam-se as disparidades na prevalência de cárie dental, edentulismo e condição periodontal. Regiões menos desenvolvidas socioeconomicamente estiveram relacionadas aos piores desempenhos dos agravos, com menor acesso aos serviços para resolução dos mesmos. É provável que muitas das diferenças apontadas sejam decorrentes do modelo de atenção em cada área geográfica incluindo, dentre outros, o impacto de medidas mais gerais, como, por exemplo, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e à utilização de serviços de assistência clínico-odontológica individual (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010; PERES et al., 2012).

As iniquidades na assistência em saúde bucal exprimem-se com heterogeneidade no Brasil, sofrendo influência de fatores diversos, destacando-se: a concentração da formação de recursos humanos em grandes centros urbanos e a escassez do desenvolvimento de programas de educação continuada influenciando a qualidade da assistência prestada, especialmente, nos serviços públicos; os diferentes potenciais de investimentos em infraestrutura dos serviços, bem como, o acesso diferenciado a tecnologias materiais e não-materiais que influenciam o acesso, tempo clínico ou mesmo, o padrão dos procedimentos clínicos ofertados; a desproporção entre a oferta de procedimentos básicos e

especializados em saúde bucal relacionados a disponibilidade e a qualidade da assistência de média e alta complexidade; a influência mercadológica na indução de procedimentos complexos e direcionamento aos planos, consultórios ou clínicas privadas; a desconsideração dos preceitos da promoção de saúde e exaltação ao modelo hegemônico odontológico clínico, imediatista e mutilador (FERREIRA et al., 2006; BARBATTO et al., 2007; CELESTE et al., 2011; GOES et al., 2012; GARBIN et al., 2013; BORGES et al., 2014; CORTELLAZZI et al., 2014).

Dentre os princípios norteadores das ações em saúde bucal expressos pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (2004) destacam-se:

A busca do acesso universal para a assistência e atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento (BRASIL, 2004).

As iniquidades no acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal relacionam-se com as dimensões sócio demográficas (raça, gênero, faixa etária), socioeconômicas (renda familiar, nível de escolaridade, carga horária e tipo de vínculo empregatício), infra estruturais (adequação física dos serviços de saúde bucal, disponibilidade de materiais, instrumentais e equipamentos; recursos humanos disponíveis; modelo de atenção em saúde), geográficas (espaço urbano x espaço rural, capital x interior, macro região; regiões centrais x periferia; localização e distância entre habitação e serviços de saúde;) e políticas (CAMPOS et al., 2011; CHAVES et al., 2012; PERES et al., 2012; BUENO et al., 2014; FERNANDES, 2016).

3.4. As Políticas Públicas de Saúde

3.4.1. *Definições e Contextualização Histórica*

Políticas públicas podem ser entendidas como o ‘Estado em Ação’ implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade. As políticas

públicas são de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos, diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais e sim convertidas em políticas sociais relacionadas a ações determinantes do padrão de proteção social implantado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HÖFLING, 2001).

Nesse sentido, políticas públicas exigem investimentos para a correção dos desequilíbrios sociais. Dentre os objetivos cruciais das políticas públicas, destacam-se: a redução dos níveis de pobreza, redução das medidas de desigualdade, o acesso a serviços públicos de qualidade e recursos produtivos, acesso a infraestrutura física (água, saneamento e transporte), acesso ao mercado de trabalho e participação nele, promoção da participação social e enriquecimento do capital social, promoção da justiça e da participação política e, finalmente, redução dos indicadores de violência, em todas suas dimensões (BUVINIC, 2004).

Políticas públicas são passíveis de ser compreendidas, portanto, como ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados e intercambiados com os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

Consequentemente, à medida que as políticas públicas voltam-se à promoção da justiça social, traduzem-se em políticas sociais e, dentre essas, as políticas de saúde. O maior desafio das políticas de saúde, em detrimento à restrita concessão de direitos ou satisfação de necessidades básicas do cidadão, é contribuir para que grandes contingentes da sociedade, excluídos do mercado de trabalho e do acesso às fontes regulares de renda, sejam incluídos e participem da vida social. Este desafio primordial norteia a construção de políticas de saúde baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, opondo-se, à

lógica da mercantilização e segmentação social e do acesso à saúde (COHN, 2008).

As políticas de saúde, quer na sua formulação , quer na sua implementação, se configuram como processos complexos de jogos de interesses múltiplos existentes na sociedade, de confronto de representações sobre o que vem a ser as necessidades e as demandas de saúde da população, ou dos seus distintos segmentos socioeconômicos, e particularmente do que vem a ser a qualidade de vida compatível com a manutenção das condições de saúde da população (COHN, 2008).

A história das políticas de saúde, particularmente sua relação com a construção das bases do Estado Nacional e com as características do modelo de intervenção estatal na área econômica e social, explica as dificuldades da consolidação de um sistema público e universal de saúde, no Brasil. Apesar de experiências relevantes à reorganização setorial e expansão assistencial por meio das Ações Integradas em Saúde (AIS) e criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), a década de 80 foi marcada pelas fortes críticas do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro aos modelos fragmentados, privatista e excludente vigente. A previsão constitucional de saúde como direito à cidadania, em 1988, numa concepção ampla de Seguridade Social e as expensas da proteção social, a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes e pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), suscita novos enfrentamentos ao projeto de reforma sanitária. Primordialmente o SUS, a mais ambiciosa e abrangente política pública de saúde já formulada no país, emerge completamente sitiado pela conformação da relação Estado/Sociedade, deparando-se com um quadro de graves desigualdades sociais, exigindo, portanto, um amplo projeto de transformação do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira, que aliasse crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais (PAIM, 2008; MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011; ELIAS; DOURADO, 2011).

A década de 90 foi marcada por retrocessos nas políticas de proteção social, incluindo a política de saúde. As reformas estruturais propostas propiciaram impactos às áreas sociais mais sensíveis às condições econômicas de restrição financeira, impostas pelas políticas de ajuste econômico implantadas em nosso país.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o ‘local’ é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais ‘eficientes’ e acordes às necessidades da população (NORONHA;SOARES, 2001).

As reformas estruturais do Estado, implementadas na década de 1990, baseavam-se na transferência para o setor privado das atividades passíveis de serem controladas pelo mercado, fomentando uma tendência de privatização de estatais e da descentralização da execução de serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica a um setor público não-estatal. A terceirização completa de serviços consolidada na contratação de agentes privados para prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, concebida nos tempos do velho Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP) e consolidada no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), introduziu-se a lógica mercantil no interior dos serviços públicos, com a criação das Organizações Sociais (OS), resultantes da transformação de órgãos públicos estatais em agências privadas. O período potencializou a expansão dos planos privados ou convênios de saúde, beneficiados duplamente pela política de reformas do Estado: primeiramente, pela fragilização do SUS que impulsionou a adesão de grande parte da clientela aos planos de saúde; em segundo lugar, pelos incentivos, isenções fiscais e subsídios do governo em favor deste setor (NORONHA; SOARES, 2001).

No entanto, os anos 90 também representaram mudanças na concepção e orientação da política de atenção básica no país, com a criação do Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), constituindo-se como política prioritária de saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com incentivos à sua implementação. No início dos anos 2000, a estratégia havia alcançado uma importante disseminação no território nacional e uma expressiva base de apoio política, técnica e social (VIANA; DAL POZ, 2005; MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Para o início dos anos 2000, criaram-se expectativas quanto à inflexão no modelo de desenvolvimento, de proteção social e das

políticas de saúde. Entre 2003 e 2008, houve destaque governamental para as políticas de redução da pobreza, contribuindo para a redução da desigualdade de renda no país. A assistência social (em termos relativos) e a previdência (em valores absolutos) reafirmaram o protagonismo dos investimentos sociais públicos, com oscilações das áreas da educação e saúde na participação no PIB. A agenda federal de políticas prioritárias em saúde do governo Lula (2003-2006) abrangeu continuidades e mudanças em relação aos períodos precedentes, destacando-se: a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Farmácia Popular, do Brasil Sorridente, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Pacto pela Saúde. A lógica dos repasses financeiros federais às demais esferas gestoras foi redefinida, passando a compor-se de seis grandes blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde (MENDONÇA et al., 2005; TEIXEIRA; PAIM, 2005; BAHIA; COSTA; VAN STRALEN, 2007; MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011; MENEUCUCCI, 2011).

O segundo mandato de Lula (2007-2010) apresenta tendências ao aprofundamento e o aperfeiçoamento de aspectos básicos à sedimentação do SUS (MENEUCUCCI, 2011).

A política de saúde, que vinha sendo apresentada formalmente como a preservação e a continuidade de um conjunto de diretrizes, ações e metas setoriais e enunciadas tecnicamente, estende sua jurisdição. O deslocamento do teor administrativo dos discursos que vinham embalando as proposições para as políticas de saúde cede lugar às articulações entre a epidemiologia, determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a aproximação aos problemas de saúde cotidianos e a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida, a saúde adquire estatuto de prioridade (BAHIA; COSTA; VAN STRALEN, 2007).

O período de 2007 a 2010 insere na pauta das políticas de saúde, a questão da judicialização, do aprimoramento da gestão pública de saúde, da vinculação da saúde com o desenvolvimento socioeconômico redundando na reorganização e incremento dos investimentos no complexo produtivo da saúde, permitindo a redução de dependência

tecnológica estrangeira, gerando emprego, renda e produção, aliando o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social. O período também foi marcado pela criação do Programa Mais Saúde com ampliação dos programas já existentes, criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Programa Saúde na Escola (PSE) (MENEUCCI, 2011).

A segunda década do século XXI coincide com a ascensão da primeira mulher ao protagonismo do governo federal no Brasil. O Governo Dilma (2011-2014) intensifica a construção de políticas sociais baseadas no incentivo a programas de inserção social focalizados a setores mais vulneráveis da sociedade. Möller (2013) disserta que a possível razão para a proliferação dos programas de inserção social, norteadores das políticas sociais do período, pode relacionar-se a falhas anteriores na efetivação de políticas de integração que, animadas pela busca de grandes equilíbrios e homogeneização da sociedade, baseiam-se na tentativa de promover o acesso de todos a serviços públicos e à instrução, redução das desigualdades sociais e melhor divisão das oportunidades. Dentre os programas abarcados pela política social do período, destacam-se: o Programa Brasil Carinhoso, o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego, o Programa Mulheres Mil, a Lei das Cotas e Água para Todos (MÖLLER, 2013; VICTORA, 2016; LANDMANN-SZWARCWALD; MACINKO, 2016)

Os Governos Dilma revisaram e propuseram novas políticas de saúde preponderantes à organização e avanços do SUS: a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2012, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), de 2012, com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira; a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), 2013, propondo práticas político-pedagógicas a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014; a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2015, vislumbrando a promoção da equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

(BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2015)

3.4.2. As Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil

O século XX fundamentou, hegemonicamente, a prática odontológica brasileira no mercado. A ‘odontologia de mercado’ praticada no Brasil encontrou ‘campo fértil’ nos arranjos societários que privilegiaram a esfera privada, restringindo o acesso aos serviços odontológicos a uma elite econômica nacional. No entanto, esparsos registros de atividades público-odontológicas podem ser referenciadas nas primeiras décadas do século, abrangendo desde a presença do cirurgião dentista nos serviços sanitários (década de 1910); a criação e desenvolvimento da odontologia previdenciária (décadas de 1920, 1930 e 1940); institucionalização da odontologia pública com o Serviço Nacional da Fiscalização da Odontologia/Ministério da Saúde, nascimento da ‘odontologia sanitária’, utilização do sistema incremental de atendimento a escolares (implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública-SESP) e início da regulamentação e implementação da fluoretação das águas de abastecimento público (décadas de 1950, 1960 e 1970) (MOYSES, 2012).

Os traços iatrogênicos e mutiladores (atrelados à orientação liberal-privatista da odontologia), a discrepância entre a situação de saúde bucal da população brasileira e o número de profissionais no país, bem como, em relação à satisfação das necessidades básicas em saúde bucal e o aumento do número dos cursos de Odontologia sem efeitos nas práticas de saúde bucal, reforçando uma práxis odontológica para atividades clínicas e a prevenção em detrimento à prática comunitária, foram criticados na 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), potencializando movimentos de politização do campo odontológico brasileiro. (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008; FRAZÃO; NARVAI, 2009; ANTUNES; NARVAI, 2010; SOARES, 2014).

Dentre os movimentos, destacaram-se os MBRO (Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica) e o ENATESPO (Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos), em 1984. O primeiro representava o movimento de Reforma Sanitária Brasileira ao interior da Odontologia, significando um espaço de militância e formação política dos cirurgiões dentistas dos serviços públicos de saúde; o segundo congregou lideranças da Saúde Bucal Coletiva à discussão dos problemas decorrentes à construção das Políticas de Saúde Bucal no Brasil propondo o documento intitulado

“Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático” (FRAZÃO; NARVAI, 2009; SOARES, 2014). Em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) conclui:

[...] a inserção da saúde bucal no sistema único de saúde por meio de um Sistema Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área respeitando-se as definições que cabem aos níveis federais, estadual e municipal, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal (BRASIL, 1986).

Em 1988, torna-se clarividente o descompromisso governamental em atender às reivindicações à formulação de uma política de saúde bucal nos moldes propostos pelos movimentos sociais, acadêmicos e classistas. Efetiva-se a divisão da saúde bucal entre os Ministérios da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, ambos com projetos distintos, potencializando o preventismo e a fragmentação da política, em contraposição à unificação e à descentralização do sistema de saúde exaltada pela Constituição de 1988 e defendida pelas lideranças municipalistas (FRAZÃO; NARVAI, 2009; MOYSES, 2012).

O início do Governo Collor (1990-1993) dilui os programas antecedentes e cria o “Plano quinquenal de Saúde 1990-1995: a saúde do Brasil novo”, sem menções às especificidades referentes à saúde bucal. Além disso, extingue a Divisão Nacional de Saúde Bucal transformando-a em coordenação subordinada a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Collor findou o INAMPS sem, no entanto, alterar a lógica de financiamento dos procedimentos de saúde bucal (incluindo os procedimentos coletivos). Ações educativo-preventivas são potencializadas no período, bem como, o direcionamento da prática da atenção para as unidades de saúde em detrimento ao atendimento incremental, alocado nas unidades de ensino (escolas) até então. Em 1993, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), caracterizou a situação de saúde bucal no Brasil como “iatrogênica, excludente e ineficaz” e aprovou estratégias políticas, indicando formas de financiamento e apontando a necessidade do controle social. A conferência defendeu a descentralização das ações com garantia de universalidade de acesso e qualidade de assistência odontológica,

interligadas a medidas de promoção de saúde de grande impacto (FRAZÃO; NARVAI, 2009; MOYSES, 2012).

A Era FHC (1995-2002) propiciou alguns avanços em relação ao financiamento do sistema de saúde, impulsionando a autonomia local para a gestão de recursos em consonância com as prioridades coletivas, atenuando a tendência mercadológica de financiamento por “produção” por meio da criação do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo ou variável. Esta nova perspectiva de financiamento, ressoou às novas expectativas da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com a Portaria 1.444/00, que incentivou a reorganização da atenção em saúde bucal prestada nos municípios, por meio do Programa Saúde da Família (PSF). No ano 2000, o MS iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários, que incluísse tanto população urbana como rural e redundaria no Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira 2002-2003. O relatório final do projeto embasa, sob ponto de vista epidemiológico, a construção das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – o Brasil Sorridente, propostas em 2004 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2000; BRASIL, 2004; FRAZÃO; NARVAI, 2010). O Brasil Sorridente resulta:

[...] de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) promove, em 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, após a divulgação do Brasil Sorridente, alicerçada no tema central: “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”, que, subdividido em quatro eixos de discussão, oportunizou a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, em consonância com as expectativas do próprio governo federal, expressas no texto da política:

Cabe esclarecer que se espera que este conjunto de proposições esteja em discussão no amplo

processo de debates que, em vários níveis, representa a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujas decisões permitirão consolidar certas propostas e reorientar outras (BRASIL, 2004).

A PNSB (2004) é concebida com forte vínculo à ideia de estruturação da atenção primária à saúde, em particular ligada a Estratégia Saúde da Família (ESF), mas também à implantação de redes de cuidados progressivos, com ações de maior densidade tecnológica em níveis especializados, culminando com a criação e expansão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Os determinantes estruturais de saúde bucal são enfatizados com avanços às ações preventivas coletivas e intervenções intersetoriais de promoção da saúde. O cuidado em saúde bucal e o adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade estimulando uma prática efetivamente resolutiva, por meio do conhecimento das condições de vida, das representações, das concepções, hábitos e das providências em relação à saúde, passa a nortear a política de saúde bucal recém proposta (BRASIL, 2004; MOYSES, 2012).

A PNSB (2004) apoia-se em alguns pressupostos, tais quais: qualidade com resolutividade na atenção básica; articulação da atenção básica com os demais setores da rede; integralidade nas ações de saúde bucal; utilização da epidemiologia e territorialização no diagnóstico e planejamento; acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores apropriados; ações centralizadas na Vigilância à Saúde; utilização da Saúde da Família para reorganização da atenção básica; definição de políticas e educação permanente para trabalhadores da saúde bucal; estabelecimento de política de financiamento e definição de uma agenda para pesquisa científica em saúde bucal. A política é norteadada por princípios que, além de universalidade, integralidade e equidade, abrangem: 1) gestão participativa: políticas e ações de saúde bucal definidas democraticamente; 2) Ética: toda e qualquer ação atrelada aos princípios da ética universal; 3) Acesso: acesso universal de assistência com priorização de casos de dor, sofrimento e infecção; 4) Acolhimento: serviços organizados com centralidade no usuário, com relações humanizadas e equipe multiprofissional; 5) Vínculo: é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário e; 6) Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se corresponsável pelo

enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território (BRASIL, 2004).

Para Pucca Jr. et al. (2015) as conquistas da PNSB, após 10 anos implementação, podem ser vistas por três perspectivas diversas: 1) Evolução dos indicadores epidemiológicos de saúde bucal; 2) Evolução dos investimentos financeiros e do desenvolvimento profissional; e 3) Construção de uma rede de saúde bucal.

A pesquisa SB Brasil 2010 avaliou o impacto preliminar da PNSB e identificou uma mudança positiva no perfil epidemiológico do país para algumas faixas etárias. Aos 12 anos de idade, o Brasil adentra no seletor grupo de países classificados como ‘baixa prevalência’, após redução do CPO-D de 2,8 (2003) para 2,1, em 2010. As melhoras também se estenderam ao grupo dos adolescentes (com aumento do percentual de livres de cárie) e adultos, com aumento do acesso aos serviços de saúde bucal. O aumento da cobertura de abastecimento público com água fluoretada atinge, aproximadamente, 128 milhões de pessoas, em 3.110 municípios no ano de 2013. Contudo, alguns indicadores retrocederam a exemplo da prevalência de doença periodontal moderada e grave em adultos (aumento de 6,3% na prevalência de 2003 a 2010), bem como, a estabilização dos percentuais de perdas dentárias em idosos. O percentual de idosos com menos de 20 dentes em função, bem como, os elevados dados de necessidades protéticas assombram e constituem-se em desafios à PNSB, que precisa direcionar ações para a redução das desigualdades sócio regionais persistentes indicadas em estudos recentes. (ANTUNES; NARVAI, 2010; VETTORE; MARQUES; PERES, 2013; PERES et al., 2013; RONCALLI et al., 2015; PUCCA JR. et al., 2015)

No período de 2004 a 2014 investiu-se 2,6 bilhões de dólares em saúde bucal no Brasil.

Este investimento foi realizado em diversas áreas consideradas estratégicas para o fortalecimento da política de saúde, incluindo o financiamento de estudos científicos que forneçam informações para a tomada de decisões e a formação de membros da equipe de saúde bucal (dentistas, técnicos de saúde bucal e assistentes de saúde bucal)” (PUCCA JR. et al., 2015).

A PNSB foi, também, fundamental na formação do mercado de trabalho para profissionais no Brasil, aumentando em 50% o número de

cirurgiões-dentistas no SUS, sendo que, 25% de todos os cirurgiões dentistas do Brasil estão vinculados à rede pública de atenção. Esses profissionais distribuem-se nos 3 níveis de atenção, formando uma rede complexa de atendimento. Estima-se que mais de 30.000 profissionais (cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares em saúde bucal) serão incorporados ao Brasil Sorridente até 2020 (PUCCA JR. et al., 2015).

Frazão e Narvai (2009) expõem que a PNSB permitiu que o modelo odontológico unilateral, precário, individualizado, mutilante e iatrogênico brasileiro transitasse à estruturação de um sistema polihierárquico em rede de saúde bucal com coordenação e integração de todos os níveis de cuidado. Essa transição efetivou-se com base em dois aspectos fundamentais: 1) institucionalização de uma política oficial de saúde bucal, por meio de normatização, leis, portarias e decretos e; 2) ampliação da infraestrutura ou ‘capacidade instalada’ e dos recursos humanos dos serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção. A atenção básica exerce papel central na rede, absorvendo 80% das demandas assistenciais, viabilizando os encaminhamentos de casos remanescentes aos CEOs ou serviços terciários.

As Unidades Odontológicas Móveis destinam-se ao atendimento de regiões de difícil acesso, enquanto os LRPDs viabilizam apoio à rede através de reabilitações protéticas. Os serviços de diagnóstico e telediagnóstico, bem como, os serviços de alta complexidade com atendimento hospitalar nos casos de tratamento de lesões tumorais bucomaxilofaciais benignas, quimioterapia e/ou radioterapia ou mesmo, execução de outros procedimentos sob anestesia geral em pacientes especiais, devem atuar em complementaridade e integração com os demais níveis da rede. No período de 2004 a 2014, a PNSB propiciou o aumento de 445% no número de equipes de saúde bucal na atenção básica, 1.954 novos LRPD implantados e responsáveis por mais de 2 milhões de aparelhos protéticos, além da viabilização e funcionamento de 1.030 CEOs no período. O GRADUA-CEO foi recentemente implementado objetivando a aproximação do ensino-serviço à nível da média complexidade de assistência em saúde bucal, com a implantação de CEOs no interior das universidades, fortalecendo a intersectorialidade prevista pela política. A criação do programa Farmácia Popular interliga-se à PNSB à medida que facilita a integralidade na atenção pelo acesso a medicamentos prescritos na assistência clínica de saúde bucal (Figura 1) (PUCCA JR. et al., 2015).

Figura 1. Estrutura polihierárquica da Política Nacional de Saúde Bucal.



Fonte: PUCCA JR. et al, 2015.

Apesar dos avanços relacionados à PNSB e suas diretrizes, muitos desafios ainda estão presentes à firmatação da política e à evolução das condições de saúde bucal da população brasileira, a saber: 1) Barreiras de acesso expressas pela indisponibilidade de cobertura de CEOs em algumas regiões, ou pelas dificuldades de atendimento em algumas especialidades dos CEOs em funcionamento; 2) O *lobby* do setor privado e dos planos de saúde odontológicos; 3) Formação acadêmica predominantemente voltada à clínica fragmentada, atrelada ao curativo e uso de tecnologias densas, com vistas ao setor privado; 4) Dificuldades da sociedade em reconhecer a saúde bucal como direito, especialmente nos estratos sociais menos favorecidos e; 5) A chaga das desigualdades sociais redundando em iniquidades das condições de saúde bucal no país (VETTORE; MARQUES; PERES, 2013; RONCALLI et al., 2015; PUCCA JR. et al., 2015).

Diante das dificuldades, torna-se imprescindível o planejamento e a estruturação de redes coordenadas de saúde bucal, institucionalizadas e financiadas devidamente, com oferta de cuidados de saúde bucal integrados, com base epidemiológica, universal e equitativamente distribuídos ao invés da condução de ações fragmentadas e potencialmente insustentáveis (PAIM et al. 2011; PUCCA JR. et al., 2015).

4.METODOLOGIA EXPANDIDA

4.1.Tipo de estudo

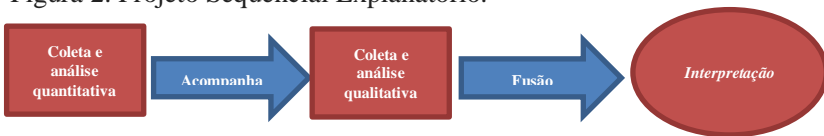
Vislumbrando o atendimento aos objetivos propostos pela pesquisa, o estudo subdividir-se-á em duas partes distintas que, sob diferentes abordagens, culminarão em dois Artigos constantes nos resultados do estudo.

A primeira parte dos resultados (**Artigo 1**), consistirá em estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa. Nos estudos observacionais, o pesquisador não interfere em fatores de exposição envolvidos na pesquisa, inexistindo manipulação de etapas, para o alcance de resultados. Os estudos observacionais transversais ou seccionais são considerados estudos de prevalência, pois se viabilizam a partir observações pontuais no tempo. O caráter descritivo e exploratório do estudo relaciona-se com a forma de organização, simplificação, síntese e análise dos dados do estudo, por meio de técnicas textuais, estatísticas ou gráficas. O enfoque quantitativo vale-se do levantamento de dados para provar hipóteses baseadas nas medidas numéricas e da análise estatística para estabelecimento de padrões (LUIZ; COSTA; NADANOVSKY, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2009).

A segunda parte (**Artigo 2**), consistirá em estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório, com abordagem de Métodos Mistos. A pesquisa de métodos mistos é o tipo de pesquisa em que um pesquisador ou equipe de pesquisadores combina elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa (perspectiva, coleta de dados, análise, técnicas de inferência) para propósitos de amplitude e profundidade, compreensão e corroboração. Este tipo de abordagem procura combinar as potencialidades dos métodos quantitativos com as dos métodos qualitativos, proporcionando mais evidências para o estudo de um problema de pesquisa do que a pesquisa quantitativa ou qualitativa, isoladamente. Os quatro projetos básicos de métodos mistos são: o projeto paralelo convergente; o projeto sequencial explanatório; o projeto sequencial exploratório e o projeto incorporado. No presente estudo optou-se pela vertente sequencial explanatória, visto que, o interesse, acesso, coleta e análise dos dados quantitativos precederam o acesso, coleta e análise dos dados qualitativos, embora, cronologicamente e originalmente, os dados tenham sido coletados paralelamente. Esta ordem sequencial de manipulação dos dados estimula uma sequência lógica do estudo que passa a conter três fases

distintas, conforme Figura 2: a fase quantitativa, fase qualitativa e a fase da interpretação (onde os dados das fases antecedentes ‘conversam’ entre si, para melhor explicação e compreensão dos resultados). Os projetos sequenciais explanatórios partem do propósito de que os elementos qualitativos expliquem e complementem, com maior profundidade, os resultados quantitativos alcançados na primeira fase da pesquisa (CRESWELL; 2007; JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007; CRESWELL; CLARK, 2013).

Figura 2. Projeto Sequencial Explanatório.



Fonte: O Autor. Adaptado de Creswell e Clark, 2013.

4.2. Locais e sujeitos do estudo

As RMs brasileiras oficialmente constituídas até 2015 foram as participantes da pesquisa. Para a viabilização do **Artigo 1**, 19 dentre as 39 RMs brasileiras foram selecionadas, sendo ordenadas conforme desempenho no IDHM (2010) e IFDM (2010 e 2015) e separadas em quintis. Participaram do estudo o primeiro (RMs com piores níveis de desenvolvimento) e o último quintil (RMs com melhores níveis de desenvolvimento) que, por questões didáticas, serão chamados de quintil Norte/Nordeste (Agreste/AL, Campina Grande/PB, RIDE Grande Teresina/PI, Maceió/AL, RIDE Petrolina-Juazeiro/PE-BA, João Pessoa/PB, Manaus/AM, Cariri/CE, Belém/PA e Sudoeste Maranhense/MA) e Sul/Sudeste (Vitória/ES, Tubarão/SC, Vale do Itajaí/SC, São Paulo/SP, Baixada Santista/SP, Foz do Itajaí/SC, Campinas/SP, Londrina/PR e Norte-Nordeste/SC), respectivamente. O universo da pesquisa abrange 265 municípios, com uma população total de, aproximadamente, 40 milhões de pessoas.

Para a seleção dos participantes da segunda parte da pesquisa (**Artigo 2**), dois critérios foram respeitados: 1) RMs constantes de quintis intermediários opostos (2º e 4º) conforme ordenação proposta pelo desempenho no IFDM (2015) no **Artigo 1**, alicerçando a vertente quantitativa da pesquisa, e; 2) RMs selecionadas devem conter municípios com Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e respectivas Equipes de Saúde Bucal (ESB) incluídas no macroprojeto “Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica

para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico” realizado numa parceria institucional entre Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), substanciando a vertente qualitativa do projeto (SCHERER, 2015).

Obedecendo-se aos critérios propostos, incluíram-se no **Artigo 2:** a RM Salvador, representada pelos municípios de Camaçari e São Sebastião do Passé; a RIDE DF, representada por Brasília e; a RM Grande Florianópolis, representada pelo município de Florianópolis. Destaca-se que a RM Salvador e RIDE DF constam no 2º quintil enquanto que a RM Grande Florianópolis inclui-se no 4º quintil de desenvolvimento aferido pelo IFDM (2015). A escolha das UBS com as respectivas equipes baseou-se em amostragem intencional, consistindo de uma amostragem não probabilística que seleciona um subgrupo considerado representativo da população de estudo. O pesquisador define e explicita os critérios de inclusão na amostra os quais devem ser considerados na análise, assim como os potenciais limites e riscos das escolhas feitas. Os critérios de inclusão estabelecidos pelo macroprojeto foram: a) Unidades de saúde da família com equipes completas incluindo equipe de saúde bucal independente da modalidade; b) Equipes de Saúde da Família (ESF) consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; c) Preferencialmente equipes que tenham Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) como referência; d) Equipes que fizeram adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ); e) Equipes que concordem em participar da pesquisa (PERES, 2015; SCHERER, 2015). Como último recorte, em consonância com os objetivos da pesquisa, participaram da vertente qualitativa do **Artigo 2** apenas as Equipes de Saúde Bucal, totalizando 14 profissionais, sendo: 07 Cirurgiões Dentistas (CD), 03 Técnicas em Saúde Bucal(TSB) e 04 Auxiliares em Saúde Bucal(ASB) (Quadro 2).

Quadro 2. Regiões Metropolitanas, Municípios, Unidades Básicas de Saúde e respectivas Equipes de Saúde Bucal (ESB) participantes **Artigo 2.**

RM/RIDE	Municípios	ESB
Salvador	São Sebastião do Passé Camaçari	2CD e 2ASB 1CD e 1ASB
DF	Brasília	2CD e 2TSB
Grande Florianópolis	Florianópolis	2CD, 1TSB, 1ASB

RM/RIDE – Região Metropolitana ou Região Interestadual de Desenvolvimento;

UBS – Unidades Básicas de Saúde, entendidas como Centros de Saúde da Família, Unidades de Saúde da Família ou Centro de Saúde;

ESB – Equipes de Saúde Bucal

CD- Cirurgião Dentista

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

TSB – Técnico em Saúde Bucal

Fonte: O Autor.

4.3. Coleta de dados

O desenvolvimento da primeira parte da pesquisa (**Artigo 1**) conta, exclusivamente, com a observação de variáveis quantitativas contínuas expressas por intervalos numéricos provenientes da coleta de dados secundários numéricos. A coleta de dados secundários baseia-se na consulta a publicações ou arquivos já existentes, dispensando o levantamento diretamente na população do estudo, reduzindo drasticamente os custos de uma pesquisa (URBANO, 2010; BARBETTA, 2014).

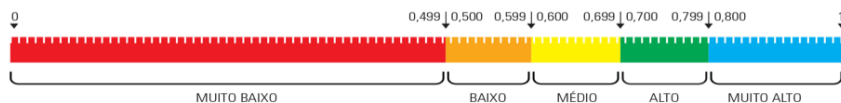
Nesta parte da pesquisa, recorreu-se a três fontes de dados secundários: o *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o *site* do Sistema da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) e o *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dois primeiros sítios foram responsáveis pelas informações dos indicadores de desenvolvimento humano e socioeconômico das RMs, dimensionados no estudo como variáveis independentes, tais quais: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de 2010, e Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), de 2010 e 2015. O terceiro sítio de coleta forneceu subsídios para o levantamento dos indicadores de acesso à saúde bucal

na Atenção Básica (AB) constantes no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, 3ª Edição, referenciados como variáveis dependentes ou resposta, e coletados nos anos de 2010 e 2015.

Em 2012, o PNUD Brasil, o IPEA e a Fundação João Pinheiro assumiram o desafio de adaptar a metodologia do IDH Global para calcular o IDHM dos 5.565 municípios brasileiros. A importância do IDHM baseia-se na popularização do conceito de desenvolvimento centrado nas pessoas, sintetizando uma realidade complexa em um único número que viabiliza a comparação entre os municípios brasileiros ao longo do tempo, estimulando formuladores e implementadores de políticas públicas no nível municipal a priorizar a melhoria da vida das pessoas em suas ações e decisões. O IDHM brasileiro considera as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, adequando a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais (PNUD, 2013).

O IDHM Longevidade é aferido pela expectativa de vida ao nascer calculada por método indireto, a partir dos dados dos Censos Demográficos do IBGE. Esse indicador mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida em determinado município viveria a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade. O IDHM Educação provém da média aritmética entre a análise da escolaridade da população adulta (% de pessoas de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo) e o fluxo escolar da população jovem (média aritmética do percentual de crianças de 5 a 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental, do percentual de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo). O IDHM Renda é medido pela renda municipal *per capita*, ou seja, a renda média dos residentes de determinado município. É a soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de pessoas que moram no município – inclusive crianças e pessoas sem registro de renda. A média geométrica das três dimensões (Longevidade, Educação e Renda) resulta em um número que, entre 0 a 1, significa o IDHM consolidado do município, classificando seu desempenho de acordo com a Figura 3 (PNUD, 2013).

Figura 3. Faixas do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).



Fonte: PNUD, 2013.

A segunda variável independente usada no estudo é o IFDM que criado em 2008, com periodicidade anual, recorte municipal e cobertura nacional dos 5.565 municípios brasileiros, e utilizando-se exclusivamente de estatísticas públicas oficiais (Ministérios do Trabalho e Emprego, Educação e Saúde) permite comparações absolutas e relativas entre municípios. O IFDM aborda, a exemplo do IDHM, três áreas consagradas do desenvolvimento humano: Emprego & Renda, Educação e Saúde. A descrição pormenorizada do IFDM justifica-se por sua utilização em ambas as partes da pesquisa, bem como, por sua escassa presença na literatura científica (FIRJAN, 2015).

O IFDM Emprego & Renda é composto por duas dimensões: a) *Emprego*, retratada pelas taxa de crescimento do emprego formal no ano base e no último triênio e pelo grau de formalização do mercado de trabalho local, medido através da relação entre o estoque de trabalhadores com carteira assinada e a população em idade ativa do município e; b) *Renda*, composta pelas taxas de crescimento da renda média no ano base e no último triênio, bem como por dois indicadores estruturais: Índice Gini da renda (ilustra a concentração da renda no mercado formal de trabalho) e Massa Salarial (mede a relevância econômica do município e, portanto, seu potencial de servir como vetor de desenvolvimento para outros municípios). As fontes de dados são os registros da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), ambos do Ministério do Trabalho e Emprego (FIRJAN, 2015).

O IFDM Educação composto por 6 indicadores, propõe-se à captação da oferta de educação infantil e, principalmente, à avaliação da qualidade da educação prestada no ensino fundamental, em escolas públicas e privadas. Ao ensino fundamental foi atribuído peso de 80%, distribuído entre cinco indicadores: 1) *Taxa de distorção idade-série* (representando a defasagem de aprendizagem, expressa o percentual de alunos com idade superior à idade recomendada para a série que está cursando); 2) *Percentual de docentes com curso superior* (qualificação dos professores); 3) *Número médio diário de horas-aula* (aborda a

qualidade do ensino sob a ótica da oferta de tempo integral nas escolas e do impacto sobre o desempenho dos alunos; 4) *Taxa de abandono escolar* (acompanha se de fato os alunos matriculados no ensino fundamental permanecem na escola durante todo o ano letivo) e; 5) *Índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB)* (principal indicador de desempenho da educação básica no Brasil medindo o grau da absorção do conteúdo pelos alunos). Por seu poder de influenciar a aprendizagem futura e o mercado de trabalho, o ensino infantil ficou com os demais 20% do IFDM Educação, sendo avaliado pelo percentual de matrículas em creches e pré-escolas em relação ao total de crianças de 0 a 5 anos de idade, estimado pelas projeções anuais de população do IBGE. A fonte de todos esses dados é o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (IFDM, 2015).

O IFDM Saúde baseia-se na atenção básica de saúde, considerando-se 4 indicadores de competência municipal, com igual participação na composição do índice: 1) *Percentual de gestantes com mais de seis consultas pré-natal* (grau de cobertura do atendimento pré-natal nos serviços de saúde do município); 2) *Proporção de mortes por causas mal definidas* (relaciona-se ao acesso aos serviços de saúde e o acompanhamento da saúde dessa população, permitindo inferir qualidade da atenção básica, que, em geral, caminha na mesma direção da qualidade no preenchimento das declarações de óbito); 3) *Taxa de óbitos infantis por causas evitáveis* (sendo reconhecido pela ONU como um dos indicadores mais sensíveis da condição de vida e de saúde de uma população, os dados sobre mortes evitáveis constituem indicadores indiretos da qualidade da atenção básica à Saúde, dos quais podem derivar medidas de resultado ou de impacto sobre a ação pública) e; 4) *Internações Sensíveis à Atenção Básica* (refere-se à internações hospitalares que poderiam ter sido evitadas caso os serviços de atenção básica de saúde tivessem sido efetivos). Para tanto, utilizaram-se os bancos de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema Internações Hospitalares (SIH), provenientes do Ministério da Saúde. Assim, o IFDM de um município consolida em um único número (0 a 1) o nível de desenvolvimento socioeconômico local, através da média simples dos resultados obtidos em cada uma dessas três dimensões, classificando o desempenho conforme a Figura 4 (FIRJAN, 2015).

Figura 4. Faixas do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM).



Fonte: FIRJAN, 2015.

Seguindo-se à descrição das variáveis independentes, resalte-se, nesse momento a descrição das variáveis dependentes ou resposta protagonistas da primeira parte do estudo, constituindo-se de indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, estabelecidos pela Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013, com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, definiu-se rol único de *indicadores universais* (expressando o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema, com pactuação comum e obrigatória nacionalmente) e *indicadores específicos* (expressando as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema). Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas, embasando a análise crítica dos resultados obtidos e o processo de tomada de decisão, contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais por meio da análise comparativa de desempenho (BRASIL, 2015).

A Diretriz 1 do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores estabelece a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica (AB) e da atenção especializada, objetivando a utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica. Em acordo com a Diretriz, três indicadores de saúde bucal são propostos: 1) Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal; 2) Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e; 3) Proporção de exodontia em relação aos de mais procedimentos odontológicos (BRASIL, 2015).

A cobertura populacional das ESBs constitui-se em um mecanismo que propicia a ampliação do acesso à AB, sendo que o indicador ‘Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal objetiva a mensuração do acesso à saúde bucal pela população. O indicador é calculado a partir da soma da carga horária dos cirurgiões dentistas da atenção básica dividida por 40 (carga horária semanal ESB), multiplicada por 3.000 (nº ideal de habitantes cobertos pela ESB), dividida pela população total residente no local, em determinado período. A base de cálculo da população residente baseia-se nas estimativas do IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU), sendo que o Ministério da Saúde atualiza a população utilizada para os repasses do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável por meio de portaria. Embora cada Estado da federação pactue suas metas, a meta geral estabelecida para o indicador é o aumento da cobertura com o passar dos anos. (BRASIL, 2015)

A ‘Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada’ reflete o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal, na população. O método de cálculo baseia-se no número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local durante o ano dividido por 12 (meses no ano), o resultado é multiplicado por 100 (transformação em porcentagem) e dividido pela população total residente no local, no período. O indicador é considerado de caráter universal, objetivando o aumento do acesso à AB por meio do aumento dos percentuais de ações coletivas de escovação dental supervisionada (BRASIL, 2015).

A ‘Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos odontológicos’ classifica-se como indicador específico que expõe a qualidade do tratamento ofertado, baseando-se no binômio: procedimentos preventivos e curativos *versus* extração dentária.

Quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela Odontologia do município. Demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária (BRASIL, 2015).

É calculado pela divisão entre o número total de extrações dentárias em determinado local e período pelo número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados

no mesmo local e período, sendo o resultado multiplicado por 100 (transformação em porcentagem). Contrariamente ao que objetiva-se para os demais indicadores, nesse caso, a redução dos percentuais de exodontias em relação aos demais procedimentos, é desejado (BRASIL, 2015).

Na segunda parte da pesquisa (**Artigo 2**), a coleta de dados abrange elementos quantitativos e qualitativos. Como referenciado anteriormente, a caracterização do projeto de método misto como Explanatório Sequencial, redonda numa coleta inicial de dados quantitativos, que após analisados, norteiam a coleta de dados qualitativos para acompanhamento (CRESWELL; CLARK, 2014).

Seguindo-se à lógica do **Artigo 1**, as variáveis quantitativas utilizadas baseiam-se em dados secundários provenientes do *site* do Sistema da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) e o *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O primeiro sítio responsabilizar-se-á pelos indicadores de desenvolvimento socioeconômico das RMs envolvidas através do IFDM consolidado e de suas dimensões, pormenorizadamente, de 2015. Optou-se pela exclusão do IDHM desta fase do estudo pela distância temporal entre seus últimos dados, e os demais dados quantitativos e qualitativos do estudo. O DATASUS contribuiu com os indicadores de saúde bucal do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, 3ª Edição, bem como, dados oriundos do Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar (PMA-C), de 2014.

O Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar (PMA-C) contempla os principais tipos de atendimento prestados pelo Cirurgião Dentista na AB, sendo incluídos no estudo: *1ª Consulta Odontológica Programática, Tratamento Concluído, Atendimento de Urgência Odontológica, Atendimento Odontológico a Gestantes e Encaminhamentos a Atenção Secundária de Saúde Bucal*. Como os dados do PMA-C constituem-se de números absolutos, optou-se pela adequação dos dados, transformando-os em percentuais populacionais (*1ª Consulta Odontológica Programática; Atendimento de Urgência Odontológica*), proporções de atendimentos em relação às '*1ª Consulta Odontológica Programática*' (*Atendimento de Urgência Odontológica, Tratamento Concluído e Encaminhamentos a Atenção Secundária de Saúde Bucal*) ou em coeficiente de de atendimentos em relação à população específica (*Atendimento Odontológico a Gestantes*).

A cobertura da '*1ª Consulta Odontológica Programática*' refere-se ao percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta

odontológica em que o exame clínico é realizado com finalidade diagnóstica e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde. Portanto, estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, planejando resolução completa na atenção básica ou inclusão de ações de média e alta complexidade, não referindo-se a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência ou livre demanda. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso etc. Seu cálculo utiliza-se da razão entre o total de registros deste indicador dividido pelo total de população residente, no período (anual).

O '*Tratamento Concluído*' refere-se à liberação ou alta do paciente após o cumprimento do plano de tratamento estabelecido na *1ª Consulta Odontológica Programática*. A variação do número de consultas para conclusão do tratamento pode indicar a densidade das necessidades clínicas em indivíduos e populações diversas, bem como, o nível de resolutividade dos serviços de saúde bucal em nível de AB. No presente estudo, foi calculado pela razão do total de registros do indicador (numerador) em razão do total de registros de *1ª Consulta Odontológica Programática* (denominador) no período (anual).

O '*Atendimento de Urgência Odontológica*' constitui-se no registro do total de atendimentos urgentes de saúde bucal realizados pela ESB. Pode caracterizar a lógica de atendimento prestado bem como o perfil epidemiológico as necessidades da população adscrita. No presente estudo foi utilizado para cálculo da proporção deste tipo de atendimento em relação ao total da população residente no período, bem como, em razão do total de '*1ª Consulta Odontológica Programática*'.

O indicador '*Atendimento Odontológico a Gestantes*' remete ao acesso das gestantes ao atendimento odontológico na AB. Recomenda-se que as gestantes tenham acompanhamento das ESB durante a gestação com, pelo menos, uma consulta por trimestre de gravidez. O cálculo do indicador dá-se pela razão estabelecida entre o total de consultas odontológicas pela população total de gestantes, no período. Os '*Encaminhamentos a Atenção Secundária de Saúde Bucal*' indicam a continuidade da atenção em saúde bucal nos níveis secundários e terciários da assistência, redundando em análise da integralidade e resolutividade da assistência em saúde bucal. O indicador pode colaborar para análise do perfil e severidade dos agravos e necessidades

da população, planejamento e oferta de serviços em saúde bucal. No estudo, foi calculado em razão da ‘1ª Consulta Odontológica Programática’, elucidando proporções de encaminhamentos em relação ao total de usuários que adentram na assistência em saúde bucal na AB.

A vertente qualitativa do **Artigo 2** baseou-se na coleta dos dados provenientes de entrevistas semiestruturadas por roteiro predeterminado e subdividido em duas partes: I) Identificação do sujeito (6 questões) e II) Entrevista (13 questões). O emprego de entrevista em pesquisa qualitativa acarreta diferentes concepções de ciência, uma vez que se constrói sob três argumentos: epistemológico, ético-político e metodológico. Epistemologicamente, a entrevista faz-se necessária à “exploração em profundidade das perspectivas dos atores sociais”. Ao argumento ético-político destaca-se a possibilidade de identificar e compreender os dilemas enfrentados por esses atores. Metodologicamente, a entrevista constitui modalidade de coleta que privilegia a experiência dos atores (POUPART, 2012).

As entrevistas foram realizadas e gravadas no ambiente de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) por entrevistadores específicos, vinculados às coordenações regionais e universidades envolvidas no macroprojeto ‘Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico’, em cada Unidade da Federação (UFSC – Santa Catarina; UnB – Distrito Federal; UFBA – Bahia), conforme roteiro preestabelecido (**ANEXO 1**). O período de coleta dos dados estendeu-se do primeiro semestre de 2014 ao início de 2015 sendo posteriormente viabilizadas as transcrições, organização e análise subsequente.

4.4. Análise dos dados

Na primeira parte da pesquisa (**Artigo 1**), estritamente quantitativa, seguindo-se à coleta dos dados, procedeu-se a construção e organização destes em tabelas dinâmicas do programa EXCEL (MICROSOFT, 2010). Paralelamente, organizou-se um arquivo no *software* STATISTICA 13 (DELL, 2013) para o recebimento das planilhas do EXCEL, convertendo-as para o tratamento estatístico. Os dados originais das planilhas constituíram variáveis no STATISTICA 13 que, a partir de então, subdividiram-se em: independentes (IDHM e IFDM) e dependentes ou resposta (indicadores de saúde bucal do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015), sendo agrupadas segundo quintil do estudo (Norte/Nordeste e

Sul/Sudeste). As variáveis passaram por análise estatística descritiva e correlacional.

A estatística descritiva introduz técnicas para organização, resumo e apresentação dos dados quantitativos, permitindo sua interpretação à luz dos objetivos do estudo induzindo, ao mesmo tempo, o delineamento de hipóteses para posterior análise exploratória. A análise descritiva do estudo baseou-se na exposição das medidas descritivas de média e desvio-padrão de cada variável (análise univariada), individualmente, para cada quintil (BARBETTA, 2014).

Para o teste de hipóteses utilizou-se o *Teste T de Student* (bilateral, presumindo-se, como hipóteses alternativas H_1 a existência de diferenças nas médias das variáveis entre as amostras) para amostras independentes, considerando-se o número de elementos e a variabilidade destas amostras. O *Teste F de Fisher* protagonizou a análise da variância da distribuição das médias com (IC 95%; $\alpha=0,05$) no interior das amostras, sendo que os dados discrepantes, extremos ou indisponíveis foram desconsiderados nas análises (BARBETTA, 2014).
 H_0

Posteriormente, procedeu-se a análise correlacional linear entre as variáveis independentes (IDHM e IFDM) e as variáveis respostas por meio da determinação do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson (IC 95%, $\alpha=0,05$). Este coeficiente demonstra a existência, natureza e força das correlações entre variáveis sem, no entanto, significar relação causa-efeito entre elas. As seguintes correlações foram analisadas: (1) *Correlações Gerais*: analisando-se o comportamento geral da amostra de municípios componentes das regiões do estudo, sem distinção dos quintis; (2) *Correlações por Quintis*: analisando-se a natureza e força das correlações estabelecidas na singularidade de cada quintil. Cabe ressaltar que as análises respeitaram a paridade dos dados, sendo específicas para cada período e variável independente utilizada. Os resultados foram organizados, resumidos e apresentados textualmente e em tabelas, baseadas nas análises estatísticas provenientes do *software* STATISTICA 13 (DELL, 2013).

Para a segunda parte da pesquisa (**Artigo 2**), enfatiza-se na abordagem por Métodos Mistos os dados quantitativos são analisados com métodos quantitativos e os dados qualitativos com métodos qualitativos, sequencialmente. Os dados quantitativos subsidiaram o acompanhamento pelos dados qualitativos pela como propõe a estratégia Sequencial Explanatória. A análise dá-se em três passos: análise quantitativa inicial, análise qualitativa para acompanhamento e,

finalmente a análise mista ou interpretação. (CRESWELL; CLARK, 2014).

A análise quantitativa inicial utiliza-se dos mesmos tipos e estratégias de análise da primeira parte da pesquisa, com exceção à análise correlacional (**Artigo 1**). As principais diferenças redundam na exclusão do IDHM e adição das dimensões IFDM Emprego & Renda, IFDM Educação e IFDM Saúde que, analisadas individualmente, junto com o IFDM Geral de 2015, caracterizarão, descritivamente os níveis socioeconômicos das RMs do estudo. Outra diferença baseia-se na inclusão dos indicadores do PMA-C (2014) conjuntamente com os indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.

A análise qualitativa para acompanhamento e aprofundamento da análise quantitativa basear-se-á na Análise de Conteúdo que se subdivide em 5 modalidades distintas: I) *Análise Lexical*, que consiste na contagem, agrupamentos ou exclusão de palavras para a representação de sentidos no texto; II) *Análise de Expressão*, baseada em indicadores dos traços pessoais dos autores da fala relacionando-os ao tipo de discurso; III) *Análise de Relações*, designando técnicas que, em oposição a mera contagem de vocábulos, abordam relações entre os vários elementos do discurso dentro de um texto; IV) *Análise de Enunciação*, partindo do pressuposto de que todo o discurso não se constitui em um produto acabado mas sim num momento de criação de significados com tudo o que isso possa comportar de contradições, incoerências e imperfeições e; V) *Análise Temática*, que consiste na descoberta de núcleos de sentido, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado (MINAYO, 2014). A Análise Temática é a modalidade da Análise de Conteúdo que norteará a análise dos dados qualitativos do presente estudo.

A Análise Temática desdobra-se em três etapas: 1) Pré-análise, consistindo na escolha de documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Na fase pré-analítica determinam-se as palavras ou frases-chave e a delimitação do contexto à compreensão destas, os recortes, as formas de categorização, as modalidades de codificação e os conceitos teóricos mais gerais; 2) Exploração do Material, consistindo em uma operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da codificação e; 3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, baseado na proposição de inferências e interpretações, inter-relacionadas com o quadro teórico inicial, vislumbrando novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas na leitura do material (MINAYO, 2014).

Na seção de DISCUSSÃO do **Artigo 2**, os dados quanti e quali serão ‘misturados’ para melhor aprofundamento e interpretação dos resultados.

4.5. Aspectos Éticos

Os aspectos éticos relacionam-se com a coleta dos dados qualitativos advinda do macroprojeto multicêntrico. Nesse sentido, respeitaram-se todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Todas as instituições envolvidas consentiram à realização da pesquisa, bem como, os participantes diretos (profissionais das ESBs) por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (**ANEXO 2**). Os direitos à decisão de participação, informação e anonimato foram garantidos aos envolvidos (SCHERER, 2015).

O percurso de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) iniciou-se com a inserção do projeto na Plataforma Brasil em agosto de 2013, sendo aprovado com pendências, em novembro do mesmo ano. Após ajustes, a aprovação final deu-se em dezembro de 2013, sob o parecer 491.461. Os resultados da pesquisa foram tornados públicos meios científicos conhecidos (publicações em periódicos, anais de congressos, dissertações de mestrado e teses de doutorado constantes nos repositórios das instituições de ensino superior envolvidas na pesquisa).

5.RESULTADOS

Este capítulo será apresentado no formato de dois manuscritos a serem submetidos à Revista de Saúde Pública (RSP) e Revista Cadernos de Saúde Pública, respectivamente.

5.1. ARTIGO 1- Iniquidades no acesso à Saúde Bucal na Atenção Básica e o Desenvolvimento Socioeconômico das Regiões Metropolitanas.

Inequities in access to Oral Health in Primary Care and Socioeconomic Development of Metropolitan Regions.

Resumo: As Regiões Metropolitanas (RMs) brasileiras expressam tendências regionais de desenvolvimento e de acesso a bens e serviços básicos à sociedade. Objetivou-se, com o estudo, descrever e correlacionar o desenvolvimento socioeconômico das RMs com o acesso à saúde bucal na Atenção Básica. Incluíram-se 19 RMs, provenientes dos primeiro e último quintis de desenvolvimento segundo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM). O acesso à saúde bucal na atenção básica foi analisado pelos indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, 3ª Edição. O *Teste T de Student* e o Teste de Correlação Linear de Pearson subsidiaram as análises estatísticas (IC 95%, Alfa=0,05). Constataram-se diferenças significativas no desenvolvimento socioeconômico, bem como, no desempenho dos indicadores de acesso à saúde bucal, entre os quintis do estudo. Os indicadores de saúde bucal ‘Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal’ e ‘Proporção de exodontia em relação aos procedimentos’ correlacionaram-se, negativamente, com o desenvolvimento das RMs, enquanto que o indicador ‘Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada’ não apresentou correlação com IDHM ou IFDM. Observaram-se desigualdades no desenvolvimento nas RMs do estudo e na expressão nos indicadores de acesso à saúde bucal na Atenção Básica. Paralelamente, verificam-se tendências pró equânimes nas políticas indutoras, como a Política Nacional de Saúde Bucal, explícitas no estudo pelos superiores percentuais de cobertura populacional média de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, especialmente nas RMs menos favorecidas socioeconomicamente.

Palavras-chave: Desenvolvimento humano, Desigualdades em Saúde, Iniquidade social, Saúde bucal.

Abstract: Brazilian Metropolitan Regions (RMs) express regional trends of development and access to basics property and services to society. The purpose of this study was to describe and correlate the socioeconomics development of RMs with access to oral health in primary care. 19 RMs were included, coming from first and last development quintiles according to the Municipally Human Development Index (IDHM) and the FIRJAN Municipally Development Index (IFDM). Access to oral health in basic care was analyzed by the indicators of the Guideline, Objectives, Goals and Indicators Framework 2013-2015, 3rd Edition. The Student's Test compared the performance averages of socioeconomic variables and oral health indicators, while Pearson's Linear Correlation Test subsided the correlational analysis of the study (95% IC, Alpha = 0.05). Significant differences were found in socioeconomic development, as well as in the performance of indicators of access to oral health, among the quintiles of the study. The indicators of oral health 'Population coverage estimated by the basic teams of Oral Health' and 'Proportion of extraction in relation to procedures' were negatively correlated with the levels of socioeconomic development of RM, while the indicator 'Average of collective action of supervised dental brushing' had no correlation with IDHM or IFDM. Developmental inequalities were observed in RMs of the study and expression in the indicators of access to oral health in Primary Care. At the same time, there are pro-equanimous trends in the inductive policies, such as the National Oral Health Policy, which are explicit in the study by the higher percentages of the average population coverage of Oral Health Teams of the Family Health Strategy, especially in socioeconomically disadvantaged RMs.

Keywords. Human development, Health inequalities, Social inequity, Oral health.

Introdução

O Brasil é um país de dimensões continentais e possui características desiguais, de naturezas distintas, explicadas pelo processo histórico desde a colonização aos findos tempos republicanos. As desigualdades naturais advêm das condições naturais da existência. As desigualdades sociais, resultantes da ingerência da sociedade, redundam em desequilíbrios que acrescidos de juízo de valor, podem ser

considerados justos ou injustos, evitáveis ou inevitáveis. As iniquidades originam-se de desigualdades injustas e evitáveis.^{1,2}

As desigualdades na distribuição populacional do país findam na conformação de grandes conglomerados urbanos denominados Regiões Metropolitanas (RM). O “Estatuto das Metrôpoles” (2015) define que RM compreendem unidades territoriais urbanas de dois ou mais municípios limítrofes, caracterizadas por complementaridade funcional e integração das dinâmicas geográficas, ambientais, políticas e socioeconômicas, configurando, assim, as metrôpoles brasileiras. A instituição das RM é responsabilidade das Unidades da Federação (UF), consolidando-se através de leis estaduais complementares, podendo abranger municípios de Estados vizinhos.³ O Brasil possui 39 RM concentrando, aproximadamente, 46% da população brasileira, distribuídas por 22 estados e 631 municípios. Estes conglomerados são expoentes das tendências e disparidades socioeconômicas das macrorregiões do país.^{4,7}

As desigualdades socioeconômicas, marcadamente características do contexto brasileiro, influenciam os desfechos de saúde, especialmente, os vinculados à saúde bucal. Neste cenário, os indicadores socioeconômicos constituem-se em recursos à “materialização” e viabilização do diagnóstico destas, induzindo a construção de políticas públicas destinadas à atenuação das disparidades socioeconômicas, das condições de saúde e, conseqüentemente, da situação de saúde bucal da população.^{5,8,9}

Para tanto, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o mais disseminado indicador de desenvolvimento socioeconômico, constituindo-se de uma medida resumida do progresso das nações, centrada na aferição das dimensões de renda, educação e saúde. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) permite a proservação e comparação do desenvolvimento humano em nível municipal, compreendendo as dimensões: Longevidade (número médio de anos que as pessoas viveriam, mantendo-se os padrões de mortalidade do ano de referência); Educação (composição de indicadores de escolaridade de adultos e fluxo escolar da população jovem) e Renda (renda municipal per capita). O IDHM origina-se do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), sendo atualizado, decenalmente. Alternativamente ao IDHM, o Índice FIRJAN (Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro) de Desenvolvimento Municipal (IFDM) fundamenta-se em dados oficiais e anuais dos Ministérios do Trabalho, Educação e Saúde que, compilados em três grandes dimensões (Saúde, Educação e Emprego &

Renda,), “mensuram” e contrastam o desenvolvimento socioeconômico dos municípios brasileiros.^{4, 10, 11, 12.}

Estudos recentes têm abordado a inter-relação entre variáveis socioeconômicas e saúde bucal^{13,14,15,6.} Este interesse pauta-se na compreensão de que o desempenho e a interação entre o quadro socioeconômico e as condições de saúde bucal podem resultar ou minimamente explicar as iniquidades entre realidades diversas^{16,17.} Ainda assim, constata-se insuficiência de trabalhos direcionados ao estudo da dinâmica de desempenho e inter-relação estabelecida entre indicadores socioeconômicos específicos e indicadores de saúde bucal nas RM.^{18,19,20,21,9,22} Diante do exposto, objetiva-se descrever e correlacionar os níveis de desenvolvimento socioeconômico com a expressão de indicadores de acesso à saúde bucal na Atenção Básica de 19 Regiões Metropolitanas Brasileiras.

Metodologia

Este Artigo consiste em estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado a partir de dados secundários provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), Sistema da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) e Departamento de Informática do SUS (DATASUS), gerados nos anos de 2010 e 2015.

Para seleção da amostra, as 39 RM foram ranqueadas conforme a média do desempenho de seus municípios no IDHM (2010) e IFDM (2010 e 2015). Estas médias de desempenho resultam da combinação de dimensões distintas (Longevidade, Educação e Renda para o IDHM; Saúde, Educação, Emprego & Renda para o IFDM) que, com escores variando entre 0 a 1, classificam o nível de desenvolvimento socioeconômico local. O ranqueamento inicial propiciou a estratificação das RM por quintis conforme desempenho de forma crescente, com a utilização *software* STATISTICA 13 (Dell, 2013). Incluíram-se no estudo, o primeiro e último quintis do IDHM (2010) e IFDM (2010 e 2015), referenciados como quintis Norte/Nordeste e Sul/Sudeste, respectivamente.

Após definição da amostra, viabilizou-se o levantamento dos desfechos em saúde bucal dos municípios pertencentes às regiões do estudo. Para tanto, elegeram-se os indicadores de saúde bucal do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, 3ª Edição: (1) Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal - medindo a ampliação de acesso à saúde bucal pela

população; (2) Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada - refletindo o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontais e; (3) Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos odontológicos - demonstrando o padrão de qualidade do tratamento ofertado em saúde bucal no município.^{23,24}

Todos os dados foram organizados em tabelas do programa EXCEL (MICROSOFT, 2010) e posteriormente exportados para o *software* STATISTICA 13 (DELL, 2013) procedendo-se a análise estatística conforme objetivos do estudo. A análise descritiva efetivou-se individualmente, para cada quintil. Ao mesmo tempo, as diferenças entre as variáveis dos quintis foi testada pelo *Teste T de Student*, e *Teste F de Fischer* para análise da variância da distribuição das médias (IC 95%; $\alpha \leq 0,05$).²⁵

Posteriormente, procedeu-se a análise correlacional entre variáveis independentes (IDHM e IFDM) e as variáveis respostas (indicadores de saúde bucal) por meio da determinação do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson (IC 95%, $\alpha \leq 0,05$). Este coeficiente demonstra a existência, natureza e força das correlações entre variáveis sem, no entanto, significar relação causa-efeito entre elas. As seguintes correlações foram analisadas: (1) Correlações Gerais: analisando-se o comportamento geral da amostra de municípios componentes das regiões do estudo, sem distinção dos quintis; (2) Correlações por Quintis: analisando-se a natureza e força das correlações estabelecidas na singularidade de cada quintil. Cabe ressaltar que as análises respeitaram a paridade dos dados, sendo específicas para cada período e variável independente utilizada.

Resultados

Levando-se em conta as especificidades do desempenho conforme indicador de desenvolvimento (IDHM e IFDM), bem como, os anos selecionados para a coleta dos dados (2010 e 2015), 19 RM foram incluídas no estudo, sendo 10 pertencentes ao quintil Norte/Nordeste (Agreste/AL, Campina Grande/PB, Grande Teresina/PI, Maceió/AL, RIDE Petrolina-Juazeiro/PE-BA, João Pessoa/PB, Manaus/AM, Cariri/CE, Belém/PA e Sudoeste Maranhense/MA) e 9 pertencentes ao quintil Sul/Sudeste (Vitória/ES, Tubarão/SC, Vale do Itajaí/SC, São Paulo/SP, Baixada Santista/SC, Foz do Itajaí/SC, Campinas/SP, Londrina/PR e Norte-Nordeste/SC).

Os níveis de desenvolvimento socioeconômico demonstraram-se significativamente diferentes entre os quintis Sul/Sudeste e Norte/Nordeste, independentemente do período (2010 ou 2015), ou variável utilizada (IDHM ou IFDM). No caso específico do IFDM, percebe-se um agravamento das desigualdades entre quintis, entre 2010 e 2015, apesar da melhora nas médias de ambos (Tabela 1).

Tabela 1. Desenvolvimento socioeconômico dos quintis do estudo, segundo IDHM (2010) e IFDM (2010 e 2015).

	Quartil	RM (n)	Média*	D.P*	T Student** (p)
IDHM (2010)	Norte/Nordeste	8	0,597	0,047	26,65(0,00)
	Sul/Sudeste	7	0,760	0,034	
IFDM (2010)	Norte/Nordeste	8	0,532	0,084	23,34(0,00)
	Sul/Sudeste	7	0,780	0,067	
IFDM (2015)	Norte/Nordeste	8	0,568	0,073	26,75(0,00)
	Sul/Sudeste	7	0,798	0,052	

RM – Regiões Metropolitanas D.P – desvio padrão *IC – 95%
** $\alpha=0,05$

Fonte: O Autor.

Houve diferenças significantes na ‘Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal’, entre os quintis Norte/Nordeste e Sul/Sudeste, ampliando-se em 2015. A ‘Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada’ demonstrou diferenças significativas entre os quintis em 2015 não denotando, necessariamente, diferenças reais no acesso às ações preventivas pela queda no quantitativo de dados disponíveis no período. Observaram-se diferenças significativas na ‘Proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos’ entre os quintis, nos dois períodos do estudo (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Desempenho dos indicadores de saúde bucal do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, por quintil, em 2010.

Indicadores <i>Quintil</i>	Municípios (n)	RM (n)	Média* (%)	D. P* (%)	T (p)	Student**
Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal.						
<i>Norte/Nordeste</i>	119	10	84,81	23,32		
<i>Sul/Sudeste</i>	145	9	53,21	29,44	9,50(0,00)	
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.						
<i>Norte/Nordeste</i>	108	10	2,54	2,57		
<i>Sul/Sudeste</i>	129	9	2,74	3,67	0,48 (0,63)	
Proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos.						
<i>Norte/Nordeste</i>	116	10	15,07	8,59		
<i>Sul/Sudeste</i>	142	9	7,81	4,54	8,69 (0,00)	

RM-Regiões Metropolitanas

D.P-desvio padrão

*IC-95%

** $\alpha=0,05$

Fonte: O Autor.

Tabela 3. Desempenho dos indicadores de saúde bucal do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, por quintil, em 2015.

Indicadores <i>Quintil</i>	Municípios (n)	RM (n)	Média* (%)	D.P* (%)	T Student (p)
Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal.					
<i>Norte/Nordeste</i>	98	10	86,54	22,57	
<i>Sul/Sudeste</i>	120	9	52,19	26,30	10,37(0,00)
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.					
<i>Norte/Nordeste</i>	84	10	0,95	1,29	
<i>Sul/Sudeste</i>	106	9	2,36	2,74	4,32(0,00)
Proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos.					
<i>Norte/Nordeste</i>	93	10	13,33	7,91	
<i>Sul/Sudeste</i>	116	9	6,33	3,66	8,47(0,00)

RM – Regiões Metropolitanas

D.P – desvio padrão *IC – 95%

** $\alpha=0,05$

Fonte: O Autor.

A Tabela 4 apresenta a análise das correlações estabelecidas entre variáveis independentes e as variáveis respostas correspondentes às RMs do estudo, segundo quintil.

De maneira geral, a ‘Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal’ correlacionou-se negativamente com as variáveis independentes do estudo e, analisando-se o comportamento dos quintis, pormenorizadamente, percebe-se a reafirmação da correlação da variável com o IDHM, sofrendo variações com o IFDM.

Não se estabeleceram correlações entre a variável ‘Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada’ e as variáveis de desenvolvimento nos períodos analisados. Em contrapartida, a ‘Proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos’ correlacionou-se, negativamente, com o desenvolvimento socioeconômico das RMs do estudo (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre variáveis independentes (IDHM e IFDM) e variáveis respostas, 2010 e 2015.

Variáveis	IDHM 2010			IFDM 2010			IFDM 2015		
	N	r	*p	N	r	*p	N	r	*p
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	222	-0,57	0,00	205	-0,55	0,00	217	-0,55	0,00
<i>Norte/Nordeste</i>	105	-0,23	0,01	94	-0,09	0,36	98	-0,21	0,03
<i>Sul/Sudeste</i>	117	-0,23	0,01	111	-0,19	0,03	119	-0,02	0,76
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	209	0,07	0,26	185	-0,07	0,28	190	0,27	0,00
<i>Norte/Nordeste</i>	99	0,00	0,99	91	0,11	0,28	84	-0,07	0,49
<i>Sul/Sudeste</i>	110	0,05	0,55	94	0,10	0,28	106	0,10	0,29
Proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos	219	-0,57	0,00	202	-0,61	0,00	209	-0,52	0,00
<i>Norte/Nordeste</i>	103	-0,35	0,00	92	-0,38	0,00	93	-0,15	0,14
<i>Sul/Sudeste</i>	116	0,30	0,00	110	-0,53	0,00	116	-0,27	0,00

N= número de municípios r – Coeficiente de Correlação Linear de Pearson

* $\alpha=0,05$ (IC:95%)

Fonte: O Autor.

Discussão

A adoção de políticas públicas baseadas na diminuição das desigualdades por meio de programas de transferência de renda e de superação da miséria, tem atribuído ao Brasil um lugar de destaque na redução das vulnerabilidades dos estratos sociais menos favorecidos, da sociedade.²⁶

Nas últimas três décadas, é notável a evolução dos níveis de desenvolvimento humano nos municípios e regiões brasileiras. Em 1991, 85,8% dos municípios brasileiros compunham os mais baixos níveis de desenvolvimento humano ($IDHM \leq 0,499$). Em 2010, apenas 0,6% encontravam-se nesta situação, com expressivos 34% dos municípios apresentando altos níveis de IDHM (0,700 a 0,799).²⁶ Esta tendência reafirmou-se no estudo, à comparação das médias dos dois recortes de IFDM, com melhoras significativas em praticamente todas as RMs. No entanto, consideráveis níveis de desigualdades relacionados às heterogeneidades e peculiaridades das regiões e municípios brasileiros ainda são observados.

As disparidades no desenvolvimento socioeconômico das RMs expressaram-se marcantemente, através das variáveis e períodos de coleta dos indicadores do estudo. Estas diferenças podem relacionar-se aos processos distintos de ocupação espacial e desenvolvimento econômico das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e regiões Sul e Sudeste do Brasil^{27,28}. Nesse sentido, o padrão de ocupação e uso desses territórios refletiram os complexos processos históricos, sociais e econômicos destas coletividades impactando na variabilidade do desenvolvimento nesses locais.^{10,26,29,30}

O acesso, a assistência, a cobertura e os agravos em saúde bucal podem ser analisados, monitorados e avaliados por meio de indicadores que se constituem em importantes recursos ao planejamento de ações na AB. O Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 utiliza-se de três indicadores à caracterização e análise do acesso e qualidade da saúde bucal na AB, como já mencionado anteriormente. As discrepâncias no desempenho desses indicadores denotam disparidades na forma e na qualidade dos serviços básicos em saúde bucal.^{31,16,23}

As diferenças de 'Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal' estabelecidas entre os quintis e constatada pelo estudo, indicam um direcionamento da ampliação da cobertura de saúde bucal para as RMs com menores níveis socioeconômicos, caracterizando uma política indutora e pró-equitativa²², reafirmando-se esta tendência à análise do comportamento das médias entre os dois períodos do estudo,

nos quintis distintos. Estudos apontam que apesar da maior disponibilidade de profissionais de saúde bucal, especialmente cirurgiões-dentistas, nas regiões Sul e Sudeste, as regiões Norte e Nordeste tem protagonizado a absorção de maiores proporções destes pelo Sistema Único de Saúde^{32,33,27}.

As médias percentuais superiores de cobertura do quintil Norte/Nordeste não significam que o volume absoluto populacional coberto seja necessariamente maior, contrariamente, as maiores concentrações demográficas das RMs do quintil Sul/Sudeste redundam em coberturas populacionais absolutas superiores, pelas Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Assim, o quintil Norte/Nordeste possui maior média percentual de cobertura relacionada à predominância de municípios de pequeno aporte populacional, enquanto que, o quintil Sul/Sudeste caracteriza-se por menores médias percentuais de cobertura, com maiores volumes populacionais cobertos. Autores apontam que o incremento de três Equipes de Saúde Bucal a cada 10.000 habitantes pode promover aumento significativo da produção odontológica (49,5%) bem como, do alcance das ações coletivas e preventivas de saúde bucal. A indução da ampliação na cobertura populacional pelas ESB democratiza o acesso aos serviços básicos e ações de promoção²², impactando na redução dos quantitativos de pessoas margeadas do cuidado em saúde bucal, como demonstrado nas últimas Pesquisas Nacionais de Saúde. Em 1998, aproximadamente 19% dos adultos brasileiros relatavam ‘nunca ter visitado o cirurgião dentista’, em 2013 esse percentual despencou para 3,3%.^{34,35}

A exposição diária ao creme dental fluoretado é uma medida preventiva com reconhecida força de evidência e uma das razões apontadas para o declínio da cárie em escolares brasileiros alicerça-se nos programas de escovação supervisionada com o emprego de dentífrico fluoretado. Estudos associam o acesso à escovação dental ao retardo na experiência precoce de cárie, na infância^{36,37}. Revisão sistemática mostrou que o efeito do creme dental aumenta conforme a frequência de uso e a presença de supervisão³⁸. Outro estudo estimou um baixo custo, criança/ano, para realização da ação de escovação supervisionada, sugerindo uma redução significativa de cárie numa maior escala populacional que poderá representar substancial diminuição nas necessidades de tratamento odontológico.³⁹

Poucos estudos têm se direcionado à análise ou avaliação de indicadores e programas de escovação dental supervisionada. No Brasil, parece haver limitações nos registros do indicador ‘Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada’, com subalimentação dos

dados no *site* do Departamento de Informática do SUS. Além disso, constatou-se quantidade expressiva de valores extremos e discrepantes nos dados disponíveis, prejudicando a confiabilidade e validade da utilização destes. No presente estudo, o desempenho do quintil Sul/Sudeste diferenciou-se, significativamente do Norte/Nordeste no desempenho da “média de ação coletiva de escovação dental supervisionada” em 2015, este resultado precisa ser analisado com ressalvas, pela reduzida quantidade de dados disponíveis em relação a 2010. Não houve correlação estabelecida entre as variáveis socioeconômicas e o indicador, uma justificativa para este resultado pode estar relacionada ao baixo custo efetividade para a realização das ações de escovação coletiva supervisionada, atenuando a influência socioeconômica sobre a expressão do indicador^{37,40}.

A alta proporção, a possibilidade de controle e o impacto que têm sobre a vida das pessoas faz das perdas dentárias, um grande desafio à saúde pública. Autores apontam que as condições sociais individuais e a prática odontológica ainda hegemônica contribuem à prevalência das perdas dentárias, que, constitui um importante desfecho clínico e indicador de qualidade de assistência em saúde bucal. A utilização do indicador “proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos” na AB fundamenta-se na análise do padrão de qualidade do tratamento ofertado pela odontologia no município, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento à extração dentária. Contrariamente ao que se objetiva para os demais indicadores, neste caso, a redução é almejada.^{41,42,23} O presente estudo demonstrou melhora do indicador entre os períodos (2010 e 2015), para ambos quintis analisados. Contudo, a melhora no desempenho não foi suficiente para a redução das diferenças entre os quintis do estudo, concordando com os dados dos Levantamentos Nacionais de Condições de Saúde Bucal (2003 e 2010) que indicam maiores médias de perdas dentais nas regiões Norte e Nordeste em relação às médias das regiões Sul e Sudeste, para todas as faixas etárias.^{43,44,21}

No presente estudo, a ‘proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos odontológicos’ estabeleceu correlação negativa com as variáveis socioeconômicas. O levantamento SB Brasil 2010 aponta que, em média, perde-se 1 elemento dental permanente a mais nas Regiões Norte e Nordeste em relação às regiões Sul e Sudeste. Conforme dados do levantamento, aos 12 anos de idade, as médias de perdas no Norte e Nordeste superam em três vezes as médias encontradas nas regiões Sul/Sudeste. Autores encontraram correlação

moderadamente negativa entre o Índice de Determinantes Sociais de Saúde Bucal e perdas dentárias após estudo envolvendo as 27 capitais brasileiras. O mesmo estudo deparou-se com correlação negativa forte entre o componente “equidade social” e perdas dentárias, indicando que 44% da variância dessas perdas, podem ser explicadas pelo componente⁴⁴. A epidemiologia das perdas dentárias sofre influência de variáveis sócio demográficas, de uso e acesso a serviços, comportamentais, morbidades sistêmicas ou até mesmo capacidade funcional, no caso da população idosa.^{45,46,47,48}

A utilização de dados secundários constitui limitação do presente estudo. No entanto, apresentam-se como recursos estratégicos à evolução dos serviços de saúde, visto que as informações contidas nas bases de dados nacionais valorizaram-se, ao serem cada vez mais necessárias para as formulações e avaliações de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população. Cabe ressaltar a necessidade de qualificação das informações como ferramentas epidemiológicas aos serviços de saúde e da capacitação dos profissionais para a alimentação eficaz dos Sistemas de Informação.⁴⁹

Diante do exposto, relewa-se a persistência das desigualdades socioeconômicas inter-regionais no Brasil, ilustradas pelas disparidades da expressão dos indicadores de desenvolvimento socioeconômico adotados pelo estudo, entre as RM brasileiras. Essas disparidades parecem relacionar-se com as discrepâncias no desempenho de indicadores de acesso, caracterizando iniquidades na saúde bucal da Atenção Básica. Nesse sentido, medidas pró-equitativas devem compor a agenda das políticas públicas, provendo acesso às melhores escolhas e melhores níveis de saúde e em especial, de saúde bucal.

Referências

- 1.Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e Desigualdade: notas sobre teoria e a história. *Pan Am.J.Public Health.* 2002; 12:375-83.
2. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J. Epid. and Community Health.* 2007; 61:473-78.
- 3.Ministério da Casa Civil. Lei nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015. Diário Oficial da União 2015; 13 de janeiro.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Atlas do censo demográfico 2010. www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv64529 (acessado em 12 out. 2016).
5. Ministério da Saúde. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43:446-54.
7. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad de Saúde Pública*. 2011; 27:521-32.
8. Han D-H, Khang Y-H, Choi H-J. Association of parental education with tooth loss among Korean Elders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43:489-99.
9. Scarparo A, Zermiani TC, Dietrich RG, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet* 2015; 23:409-415.
10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O Índice de Desenvolvimento Municipal Brasileiro. www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/publicacao_atlas_municipal_pt.pdf (acessado em 05 out. 2016).
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano das Regiões Metropolitanas Brasileiras. www.atlasbrasil.org.br/2013data/rawData/publicacao_atlas_rm_pt.pdf (acessado em 05 out. 2016).
12. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. IFDM 2015: Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal. www.firjan.com.br/data/files/43/22/FF/C8/634615101BF66415F8A809C2/IFDM-2015-versao-completa.pdf (acessado em 30 set. 2016).

13. Roncalli AG. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ. Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Medicas; 2008. p.170-194.
14. Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia & bioestatística em odontologia. ed. rev. ampl. São Paulo: Atheneu; 2008. 469p.
15. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MA, Torres LHN, Sousa MLR, Wada RS. Fatores associados a experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. *Cien Saúde Colet* . 2011; 16:4095-106.
16. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior, M, Bezerra LCA. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Cien Saúde Colet*. 2012; 17:839-49.
17. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli, RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da organização comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. 2011; 28:146-57.
18. Bueno RE, Moyses ST, Bueno PAR, Moyses SJ. Social determinants and adult oral health in Brazilian state capitals. *Rev Pan Salud Publica*. 2014; 36:17.
19. Molin S, Mendes HJ, Xavier A, Pinto ECH, Bastos JRM, Velasco SRM, Bastos RS. Equidade na Estratégia Saúde da Família (ESF). *Rev Bras Promoção de Saúde* . 2015; 28:113-18.
20. Capurro DA, Iafolla T, Kingman A, Chattopadhyay A, Garcia I. Trends in income-related inequality in untreated caries among children in the United States: findings from NHANES I, NHANES III, and NHANES 1999–2004. *Community Dent Oral Epidemiol* . 2015; 43: 500–510.
21. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43:317–24.

22.Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saúde Pública*. 2016; 32:01-18.

23.Ministério da Saúde . Caderno de Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas 2013-2015. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

24.Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

25.Barbetta PA. ESTATISTICA APLICADA ÀS CIÊNCIAS SOCIAIS. 9. ed. Florianópolis:UFSC;2015. 320 p.

26.Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, Gomes L. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Rev Econ Aplic*. 2013; 17:623-45.

27.Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Cien Saúde Colet*. 2003; 8:449-60.

28.Travassos C, Oliveira EXG, Viacaya F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saúde Colet*. 2006;11: 975–86.

29.Moreira RS, Nico LS, Tomita, NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Cien Saúde Colet*. 2007; 12: 275-84.

30.Silva DH, Furtado, NM. Os desafios do desenvolvimento brasileiro para o século XXI. *Rev Perspec Desenv* . 2014; 2:01-22.

31.Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13:126-38.

32.Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44:360-65.

33. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46:250-58.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro:IBGE; 2010.
35. Bocolini CS, Souza Junior PRB. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity in Health* .2016; 15: 1-8.
36. Chaves SCL, Da Silva LMV. A efetividade do dentífrico fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36:598-606.
37. Frazão P. Cost-effectiveness of conventional and modified supervised toothbrushing in preventing caries in permanent molars among 5-year-old children. *Cad Saúde Pública*. 2012;28:281 -90.
38. Wigen TI, Wan NJ. Does early establishment of favorable oral health behavior influence caries experience at age 5 years? *Acta Odontol Scand*. 2015; 73:182-87.
39. Broadbent JM, Zeng J, Foster Page LA, Baker SR, Ramrakha S, Thomson WM. Oral health-related Beliefs, Behaviors and Outcomes through the Life Course. *J Dent.Res* . 2016;95:808-13.
40. Syed Wali Peeran AJA, Ranjith Singh G, Alagamuthu PG, Naveen K. Descriptive Analysis of Toothbrushing Used as an Aid for Primary Prevention: A Population-Based Study in Sebha, Libya. *Social Work In Public Health*. 2013;28(6).
41. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saúde Colet*. 2005; 10:1015-24.

42. Barbato PR, Muller Negano HC, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. 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;23:1803-14.
43. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde;2004.
44. Ministério da Saúde. SB Brasil Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
45. Teixeira DSC, Frazão P, Alencar GP, Baguero OS, Narvai PC, Lebrão ML, Duarte YAO. Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32:1-12.
46. Corraini P, Baelum V, Pannuti CM, Pustiglioni NA, Romito GA, Pustiglioni FE. Tooth loss prevalence and risk indicators in an isolated population of Brazil. *Acta Odontol Scand*. 2009; 67:297-303.
47. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Cien Saúde Colet*. 2011; 16:3755-68.
48. De Marchi RJ, Hilgert JB, Hugo FN, dos Santos CM, Martins AB, Padilha DM. Four-year incidence and predictors of tooth loss among older adults in a southern Brazilian city. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40:396-405.
49. Drumond EF, Machado CJ, Vasconcelos MR, França E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. *R. Bras. Est. Pop* 2009; 26:07-19.

5.2. Artigo 2. Iniquidades em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de Regiões Metropolitanas: Uma Abordagem de Métodos Mistos.

Inequities in Oral Health in the Family Health Strategy of Metropolitan Regions: An Approach to Mixed Methods.

RESUMO: As iniquidades são desigualdades inaceitáveis, injustas e evitáveis que influenciam o modo de viver, expressando-se em saúde bucal pelas perspectivas dos agravos, assistência, cobertura e acesso. Objetiva-se identificar iniquidades em saúde bucal a partir da expressão de indicadores de acesso e assistência, e caracterizá-las pela perspectiva do trabalho de profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família de três Regiões Metropolitanas brasileiras socioeconomicamente distintas (Grande Florianópolis, Distrito Federal e Salvador). Utilizou-se o Método Misto Sequencial Explanatório, com uma fase quantitativa precedendo a fase qualitativa de coleta e análise dos dados. A fase quantitativa baseou-se em dados de um indicador de desenvolvimento municipal (IFDM, 2015) e em indicadores de acesso e assistência do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2014) que foram descritos e analisados estatisticamente. A fase qualitativa analisou 14 entrevistas realizadas com as Equipes de Saúde Bucal de 4 municípios pertencentes às diferentes RMs do estudo. Por meio de Análise Temática de Conteúdo emergiram quatro dimensões (Acesso e Assistência; Trabalho e Conhecimento; Participação Social e Intersetorialidade). A dimensão ‘Acesso e Assistência’ apresentou correspondência com os dados quantitativos permitindo análise por Método Misto. Encontraram-se diferenças na expressão de grande parte dos indicadores de saúde bucal das RMs, podendo ser explicadas pelas disparidades na organização e práticas do trabalho das ESB nos municípios, resultando em iniquidades no acesso e na assistência da saúde bucal na Atenção Básica.

Palavras-chave: Desigualdades em saúde, Iniquidade social, Saúde bucal, Atenção Básica.

ABSTRACT: Inequities are unacceptable, unjust and avoidable inequalities that influence the way of life, expressing itself in oral health due to the perspectives of the diseases, assistance, coverage and access. Aim of this study is identify inequities in oral health based on the expression of access and care indicators, and to explain them from the perspective of the work of professionals of the Oral Health Teams of the

Family Health Strategy of three socio-economically distinct Brazilian Metropolitan Regions (Grande Florianópolis, Distrito Federal and Salvador). The Explanatory Sequential Mixed Method was used, with a quantitative phase preceding the qualitative phase of data collection and analysis. The quantitative phase was based on data from a municipal development indicator (IFDM, 2015) and indicators of access and assistance from the Department of Informatics of SUS (DATASUS, 2014) that were described and analyzed statistically. The qualitative phase analyzed 14 interviews performed with the Oral Health Teams of four municipalities belonging to the different MRIs of the study. Through the Thematic Content Analysis, four dimensions emerged (Access and Assistance, Work and Knowledge, Social Participation and Intersectoriality). The dimension 'Access and Assistance' corresponded with the quantitative data allowing analysis by Mixed Method. Differences were found in the expression of a large part of the oral health indicators of MRIs, and can be explained by the disparities in the organization and work practices of the GBS in the municipalities, resulting in inequalities in access and assistance of oral health in Primary Health Care.

Keywords: Inequalities in health, Social inequity, Oral health, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O termo iniquidade tem uma dimensão moral e ética, referindo-se a desigualdades desnecessárias e evitáveis que, além disso, possam ser consideradas injustas ou desleais. Assim, situações de desigualdade exigem um profundo exame à luz da justiça social, no contexto social em que está inserida, para constituir-se verdadeiramente em iniquidade¹. Sendo a iniquidade um produto de injustiça social, oriunda da estratificação da sociedade, as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos, dentre estes, os recursos ou serviços de saúde².

A saúde apresenta forte gradiente social sem, no entanto, significar que todas as desigualdades em saúde provêm dos desequilíbrios sociais, injustos, evitáveis e inaceitáveis^{1,2}. As variações biológicas naturais (intrínsecas ao indivíduo), a opção espontânea por comportamentos de risco (participação de atividades de lazer ou esporte, geradores de riscos e acidentes), bem como a vantagem transitória para a saúde de um grupo sobre o outro quando esse grupo é o primeiro a adotar um comportamento promotor da saúde, são exemplos de

desigualdades inevitáveis e aceitáveis. Em contrapartida, comportamentos prejudiciais à saúde direcionados às restrições por escolhas saudáveis, exposição a condições de vida e de trabalho insalubres e estressantes, bem como o acesso inadequado a serviços essenciais de saúde e outros serviços públicos constituem-se em situações *injustas* e potencialmente inequânimes¹.

A equidade em saúde norteia-se pela ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente³. Todo país apresenta em suas entranhas, independentemente do sistema político e social vigente, iniquidades envolvendo grupos sociais da população de regiões geográficas diversas^{1,2}. A amplitude territorial do Brasil associada à diversidade histórica, política, cultural e social, expressa as iniquidades em saúde entre macrorregiões sociodemográficas, e estas, por meio de suas regiões metropolitanas (RM), ilustram tendências e o dinamismo entre municípios, integrando-se em redes, essencialmente urbanas⁴.

As RMs constituem espaços urbanos com continuidade territorial que, em razão de sua população e relevância política e socioeconômica, tem influência nacional ou sobre uma região que configure, no mínimo, a área de influência de uma capital regional⁵. Como tais, expressam desigualdades urbanas e desigualdades sociais que inter-relacionadas, podem ser explicadas por processos de diferenciação, segmentação e segregação socioespaciais e pelo processo de causalção circular da distribuição dos recursos coletivos urbanos⁶. Para a exposição e explicação destas desigualdades, pesquisadores utilizam-se do monitoramento de indicadores socioeconômicos, especialmente relacionados com o desenvolvimento loco regional e suas dimensões⁶.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o indicador de desenvolvimento mais disseminado pelo mundo. Sua importância baseia-se na mensuração de dimensões essenciais ao desenvolvimento humano (Longevidade, Educação e Renda) quebrando o paradigma meramente econômico, vigente à sua criação. No Brasil sofreu adaptações para o estabelecimento do monitoramento e comparação do desenvolvimento entre os municípios brasileiros, decenalmente por meio de dados censitários⁷. Em 2008, a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), criou um indicador alternativo baseado nas dimensões aferidas pelo IDH, mas utilizando-se da coleta anual de dados oficiais sobre Emprego & Renda, Saúde e Educação: o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM)⁸. O acesso facilitado aos indicadores de desenvolvimento por meio de banco de

dados eletrônicos, bem como, a praticidade da utilização dos indicadores disponíveis nos sítios do Ministério da Saúde (MS), associados ao interesse científico em relacionar as diversas variáveis socioeconômicas com as perspectivas do acesso, cobertura, assistência e agravos em saúde bucal⁹, orienta a construção e aperfeiçoamento de políticas públicas no Brasil, além de expor as relações entre o desenvolvimento socioeconômico com iniquidades em saúde e, especificamente, saúde bucal^{9,10,11,12}.

No Brasil, o princípio da equidade sedimenta-se e fundamenta a política e os principais programas de saúde bucal. Em 2004, avanços inéditos relacionaram-se com a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal/PNSB pressupondo a identificação dos grupos prioritários para ações de promoção, de proteção e de recuperação a serem desenvolvidas, com base no conhecimento do perfil epidemiológico, das condições socioeconômicas da comunidade, hábitos, estilos de vida e necessidades de saúde da população¹³. A implementação da PNSB oportunizou avanços na cobertura em Atenção Básica (AB) de saúde bucal, incentivos à ampliação da Atenção Secundária com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe-se à revisão de diretrizes e normas para a organização da AB que, caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, desenvolve uma atenção integral impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, reorienta-se pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com redefinições à base comum do processo de trabalho das equipes, incluindo saúde bucal, com as respectivas reconfigurações e atribuições dos membros das Equipes de Saúde Bucal (ESB)^{14,15,16}.

Nesta perspectiva, a atenção à saúde bucal redirecionaria suas práticas com base em ações intersetoriais, educativas, de promoção à saúde e assistência. Entretanto, a despeito da ampliação da cobertura populacional e de um discreto avanço em relação à prática hegemônica odontológica, restrita às ações curativas, constata-se que a saúde bucal seja pela inserção tardia na ESF, pela demanda reprimida, pela baixa qualificação dos profissionais para atuarem no SUS, ainda não conseguiu romper com as práticas tradicionais e nem produzir novas formas de se produzir um cuidado mais integral, interdisciplinar e equânime atento às necessidades da população^{17,18}. Diante deste

contexto, é desejável aprofundar a análise sobre as iniquidades no acesso à saúde bucal na AB com base na utilização e interpretação quantitativa de indicadores de saúde bucal e na análise qualitativa que explicita as micro práticas das rotinas e organização do processo de trabalho das ESB. Esta compreensão justifica-se à medida que o processo de trabalho refere-se à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde, podendo influenciar disparidades nas condições de saúde bucal, entre populações diversas^{18,19,20}.

Assim, propõe-se a seguinte questão norteadora ao estudo: *Como o trabalho de Equipes de Saúde Bucal de contextos distintos pode caracterizar iniquidades na expressão dos indicadores de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família?* Portanto, objetiva-se com o presente estudo, identificar iniquidades em saúde bucal a partir da expressão de indicadores de acesso e assistência, e caracterizá-las pela perspectiva do trabalho de profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família de três RMs brasileiras socioeconomicamente distintas.

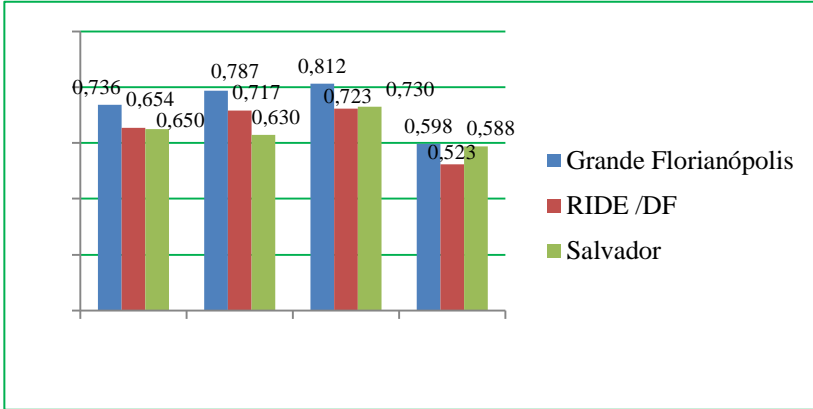
MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como observacional, transversal, descritivo e exploratório, com abordagem de métodos mistos. Os métodos mistos exaltam a interatividade entre elementos quantitativos e qualitativos que, explicam e complementam-se mutuamente à resolução da problemática da pesquisa. Optou-se pela vertente Sequencial Explanatória, onde a coleta e análise quantitativa precede a qualitativa com posterior ‘mistura’ dos elementos na fase de interpretação dos resultados²¹.

A seleção dos participantes da pesquisa baseou-se, primeiramente, na ordenação das 39 RMs pelo desempenho do IFDM (2015) redundando, posteriormente, na subdivisão da amostra em quintis distintos. As RMs incluídas no estudo advêm dos quintis intermediários de desempenho (4º e 2º) e que, ao mesmo tempo, tenham participado do projeto multicêntrico “Estratégia Saúde Da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na AB - Estudo Multicêntrico”¹⁸. Deste recorte inicial, incluíram-se no estudo as seguintes RMs: Grande Florianópolis (4º quintil), Região Interestadual de Desenvolvimento do Distrito Federal-RIDE/DF (2º quintil) e Salvador (2º quintil). Observam-se diferenças significantes no desenvolvimento socioeconômico aferido

pelo IFDM (2015) e dimensões, entre as RMs do estudo, destacando-se a Grande Florianópolis em relação às demais (Gráfico 1).

Gráfico 1. Desempenho do IFDM e respectivas dimensões, segundo Região Metropolitana do estudo, em 2015.



Fonte: O autor.

Na fase quantitativa da pesquisa, considerou-se o desempenho de todos os municípios das RMs, desde que contassem com dados disponíveis nos bancos (Tabela 1).

Tabela 1. Municípios das Regiões Metropolitanas, segundo aporte populacional, IBGE, 2014.

Municípios	Regiões Metropolitanas (RMS)					
	G. Florianópolis		RIDE DF		Salvador	
	N	%	N	%	N	%
<i>Pequenos</i>	18	81,8	11	50,0	7	53,8
<i>Médios</i>	1	4,6	5	22,7	2	15,7
<i>Grandes</i>	3	13,6	5	22,7	3	23,2
<i>Metrópoles</i>	0	0	1	4,6	1	7,3
Total	22	100	22	100	13	100

Fonte: O autor.

Utilizaram-se indicadores de saúde bucal provenientes de duas fontes distintas de dados: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, 3ª Edição e Relatório de Produção e de

Marcadores de Avaliação – Complementar (PMA-C), de 2014 (Quadro 1).

Quadro 1. Indicadores de Saúde Bucal do estudo segundo fonte de informação, 2014.

1. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.

(Acesso à saúde bucal)

*Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
Proporção de exodontia em relação aos de mais procedimentos
odontológicos*

2. Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar (PMA-C)*

(Assistência)

2.1. 1ª Consulta Odontológica Programática

2.2. Tratamento Concluído

2.3. Atendimento de Urgência Odontológica

2.4. Atendimento Odontológico a Gestantes

Encaminhamentos a Atenção Secundária de Saúde Bucal

* Excluíram-se do estudo os atendimentos de Instalação de Próteses Dentárias e o marcador Diagnóstico de Lesões na Mucosa Oral, também componentes do PMA-C, pela escassez de dados disponíveis.

Fonte: O Autor.

Os indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 apontam para Acesso à saúde bucal na AB. Os itens 2.1 e 2.3 (Quadro 1) foram calculados com base nas estimativas populacionais de cada RM, no período. Os ‘Atendimentos de Urgência Odontológica’ foram calculados, também, em relação às ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’. Calcularam-se os atendimentos ‘Tratamentos Concluídos’ e ‘Encaminhamentos à Atenção Secundária de Saúde Bucal’ com base nos quantitativos de ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’, indicando Resolutividade, Longitudinalidade, Integralidade e Qualidade da assistência odontológica. As médias de ‘Atendimentos Odontológicos a Gestantes’ foram calculadas em relação à população total de gestantes do período. As médias foram analisadas pelo teste de hipóteses T Student (IC 95%, $\alpha \leq 0,05$), onde H_0 (hipótese nula) significa inexistência de diferenças e

H₁ (hipótese alternativa) significa a presença de diferenças significativas na expressão dos indicadores do estudo.

Os resultados foram sumarizados por tabelas e expostos textualmente²². As análises estatísticas foram realizadas pelo *software* STATISTICA versão 13 (DELL, 2013).

Na fase qualitativa, o projeto multicêntrico selecionou os municípios de Florianópolis (RM Grande Florianópolis), Brasília (RIDE/DF), Camaçari e São Sebastião do Passé (RM Salvador) com Equipes de Saúde da Família (ESF) indicadas mediante critérios pré-estabelecidos: a) Equipes completas e com ESB; b) Equipes de boa qualidade - segundo gestores municipais e/ou distritais; Equipes cobertas por Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Equipes aderidas ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade-PMAQ e que concordassem com a participação na pesquisa.

Do interior das Equipes de Saúde da Família selecionadas, procedeu-se um último recorte que consistiu na inclusão de 14 profissionais das Equipes de Saúde Bucal (7 Cirurgiões-dentistas, 3 Técnicos em Saúde Bucal e 4 Auxiliares de Saúde Bucal), como participantes finais da pesquisa¹⁸.

A coleta qualitativa foi realizada por meio de entrevistas com base em roteiro semiestruturado, sendo viabilizadas e gravadas no próprio ambiente de trabalho das ESB e, posteriormente, transcritas. O período de realização das entrevistas estendeu-se do primeiro semestre de 2014 ao início de 2015¹⁸.

Para análise, utilizou-se a técnica de Análise Temática de conteúdo, em três etapas distintas: a) Pré-análise, consistindo na leitura dos documentos, determinação de palavras e frases-chave e delimitação do contexto para compreensão destas; b) Exploração do material, consistindo em uma operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da codificação e; c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, baseado na proposição de inferências e interpretações, inter-relacionadas com o quadro teórico inicial²³. Cada entrevistado foi codificado à análise e interpretação dos resultados segundo iniciais da profissão que representa adicionada de um número arábico e da sigla da Unidade da Federação a qual a RM pertence ou DF, no caso da RIDE /DF(ex.CD1SC...CD2SC...ASB1BA...ASB2BA...). O *software* ATLAS TI- Qualitative Data Analysis, versão 8.0 (by ATLAS TI, 2016), foi utilizado como ferramenta auxiliar na análise.

O estudo respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Todas as instituições envolvidas consentiram à realização da pesquisa (municípios, e direção ou coordenação das UBS/CS selecionados), bem como, os participantes diretos (Equipes da Saúde Bucal) por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) deu-se sob o parecer 491.461, de 2013.

RESULTADOS

Em observância ao método adotado pela pesquisa, os resultados obtidos na etapa de análise quantitativa serão apresentados inicialmente e, na sequência serão descritas as categorias que emergiram da análise dos dados qualitativos. No capítulo de discussão os resultados foram integrados permitindo o aprofundamento da interpretação dos mesmos.

Análise quantitativa

A análise dos indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 demonstrou que a Grande Florianópolis diferencia-se no percentual médio de ‘Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal’ em relação à Salvador ($t= +6,00$, $p= 0,000$) e RIDE/DF ($t= +4,40$, $p= 0,000$); na ‘Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada’ à comparação com Salvador ($t= +2,05$, $p= 0,048$) e RIDE/DF ($t= +2,13$, $p= 0,040$) e também, na ‘Proporção de exodontia em relação aos de mais procedimentos odontológicos’ no comparativo com Salvador ($t= +2,06$, $p= 0,048$) e RIDE/DF ($t= +3,38$, $p= 0,016$). A expressão dos três indicadores não apresentou diferenças entre Salvador e RIDE/DF (Tabela 2).

Tabela 2. Desempenho dos indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, segundo Região Metropolitana do estudo, 2014.

<i>RM</i>	<i>Cob. populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal</i>			<i>Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada</i>			<i>Proporção de exodontias em relação aos demais proc. odontológicos</i>		
	<i>N*</i>	<i>μ %**</i>	<i>D.P%</i>	<i>N*</i>	<i>μ %**</i>	<i>D.P%</i>	<i>N*</i>	<i>μ %</i>	<i>D.P %</i>
<i>G.Fpolis</i>	17	96,07	8,22	20	1,56	1,77	20	5,05	2,54
<i>RIDE/DF</i>	12	72,51	19,86	15	0,48	0,31	20	8,98	4,52
<i>Salvador</i>	8	61,82	20,65	11	0,44	0,93	12	7,45	4,07
Total	37	76,80	16,24	46	0,82	1,00	52	7,16	3,71

* Número de municípios das Regiões Metropolitanas considerados na análise da variável.

** Média percentual calculada em relação á estimativa populacional dos municípios, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014.

R.M – Região Metropolitana D.P – Desvio Padrão

Fonte: O autor.

Os resultados relacionados com o Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar (PMA-C) encontram-se nas Tabelas 3 e 4. A proporção de atendimentos de 1ª Consulta Odontológica Programática na Grande Florianópolis diferenciou-se estatisticamente de Salvador ($t=+-3,19$, $p=0,004$), não existindo diferenças nas demais comparações. A proporção de ‘Atendimentos de Urgência Odontológica’ em relação à população não apresentou diferenças estatísticas entre as RMs do estudo, no período (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores do Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar (PMA-C), segundo População, 2014.

RM	1ª Consultas Odontológicas Programáticas			Atendimentos de Urgência Odontológica		
	N*	μ %**	D.P(%)	N	μ %**	D.P(%)
G. Fpolis	13	7,25	3,05	14	3,18	1,38
RIDE/DF	14	4,90	4,49	15	2,26	1,88
Salvador	12	3,25	2,39	11	1,97	1,57
Total	39	5,13	3,31	40	2,47	1,61

* Número de municípios das Regiões Metropolitanas considerados na análise da variável.

** Média percentual de atendimentos em relação á estimativa populacional dos municípios, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014.

RM – Região Metropolitana D.P – Desvio Padrão.

Fonte: O autor.

A proporção de ‘Atendimentos de Urgência Odontológica’ em relação ao total de ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’ não apresentou diferenças significativas entre as RMs. A Grande Florianópolis diferencia-se das demais RMs na proporção de ‘Tratamentos Concluídos’ em relação às ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’ (Salvador: $t=-3,07$, $p=0,004$; RIDE/DF: $t=+3,01$, $p=0,04$), não havendo diferenças nas demais comparações. Não se constataram diferenças na proporção de ‘Encaminhamentos a Atenção Secundária de Saúde Bucal’ em relação às ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’ entre as RMs, com exceção à Salvador e Grande Florianópolis ($t=+3,42$, $p=0,002$) (Tabela 4).

Tabela 4. Indicadores do Relatório de Produção e de Marcadores de Avaliação – Complementar (PMA-C) em relação à ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’, 2014.

RM	Atendimento de Urgência Odontológica			Tratamento Concluído			Encaminhamentos a Atenção Secundária de Saúde Bucal		
	N*	μ %**	D.P%	N*	μ %**	D.P%	N*	μ %**	D.P %
G. Fpolis	15	44,19	18,01	20	44,85	16,06	14	11,72	6,39
RIDE/DF	12	35,44	20,72	16	26,43	20,58	15	13,70	16,20
Salvador	12	52,05	25,64	10	27,90	9,30	9	20,94	6,14
Total	39	43,89	21,45	46	33,06	15,31	38	15,45	9,57

* Número de municípios das Regiões Metropolitanas considerados na análise da variável.

** Média percentual gerada pela razão entre a porcentagem de atendimentos (numerador) e porcentagem de ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’ das Regiões Metropolitanas do estudo, em 2014.

RM – Região Metropolitana D.P – Desvio Padrão

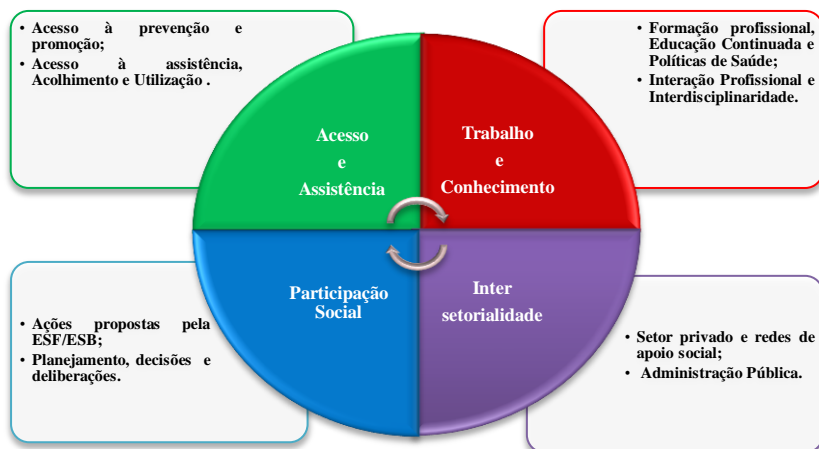
Fonte: O autor.

As médias de ‘Atendimentos Odontológicos a Gestantes’ não apresentaram diferenças estatísticas entre as RMs do estudo, em 2014.

Análise qualitativa

Como resultante do processo de análise qualitativa emergiram 4 dimensões principais e categorias que evidenciaram diferenças na atenção em saúde bucal entre as 3 RMs (Figura 1).

Figura 1. As desigualdades na atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.



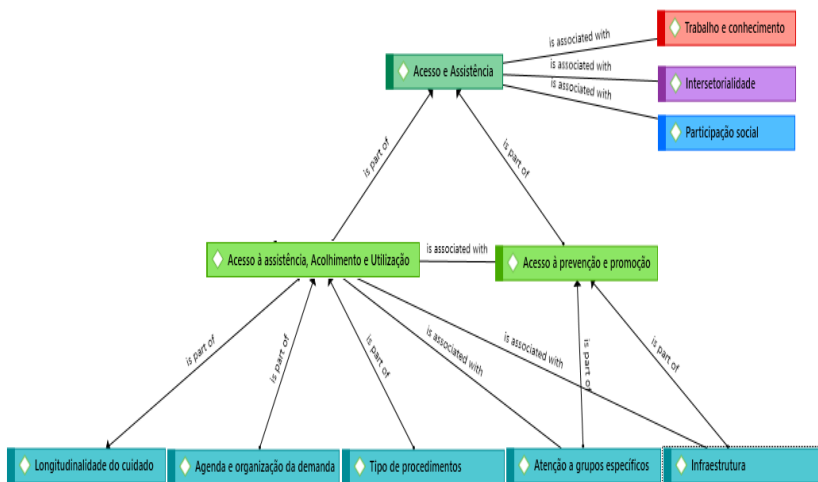
Fonte: O autor

Das dimensões que emergiram, observou-se que a dimensão ‘Acesso e Assistência’ apresentou correspondência com os resultados quantitativos precedentes. Considerando o objetivo do estudo e a opção de utilização de Métodos Mistos, será apresentado a seguir o detalhamento dos resultados desta dimensão e respectivas categorias.

Dimensão: Acesso e Assistência

Acesso constitui-se no fator intermediário entre a procura e a entrada no serviço de saúde. Refere-se às características da oferta dos serviços que facilitam ou obstruem sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e responder às necessidades de saúde da população²⁴. A assistência em saúde bucal refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não²⁵. A dimensão Acesso e Assistência compõe-se de 2 categorias relacionadas à expressão de iniquidades no acesso ou assistência em saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família: ‘Acesso à assistência, Acolhimento e Utilização’ e ‘Acesso à prevenção e promoção’. Cada uma das categorias está composta pelas respectivas subcategorias (Figura 2).

Figura 2. Dimensão ‘Acesso e Assistência’ e suas categorias.



Fonte: O autor.

Categoria: Acesso à assistência, Acolhimento e Utilização.

Acessibilidade e Acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes^{14,15}. O acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis enquanto o acolhimento pode constituir-se como o principal dispositivo para ampliação o acesso^{27, 28}. A utilização refere-se ao usufruto dos serviços pelo usuário, constituindo-se no passo seguinte ao acesso.

Esta categoria está composta por 3 subcategorias: ‘Agenda e organização da demanda’; ‘Tipos de procedimentos ofertados’ e ‘Longitudinalidade do cuidado’.

A ‘Agenda e a organização da demanda’ constitui-se em ponto crucial do *Acesso à assistência, Acolhimento e Utilização*. As equipes tendem a personalizar a forma de agendamento local, sem critérios definidos, estudo de demanda ou consideração de indicadores de assistência:

“No caso da odonto, nós mesmos que fazemos nossa agenda. Ela e eu que definimos a agenda. A gente conversa entre nós. Desde que eu estou aqui já houve várias mudanças na agenda. Já houve agenda

definida, pra crianças, pra idosos. Enfim, várias mudanças foram feitas”(ASB1SC).

“Tem horário preestabelecido para o acolhimento, demanda espontânea, pacientes marcados e para o retorno”(CD1SC).

“ Segunda feira não há marcação, visto que surgem mais urgências por conta do final de semana e então as pessoas procuram mais a unidade às segundas sem estarem marcadas. Mas nos outros dias são atendidos aqueles pacientes que estão marcados mais as urgências”(CD2BA).

“Pensei a agenda pelos ACSs, vendo como os dentistas trabalhavam antes e trocando experiências com os colegas que já trabalhavam. E estudando. Quando cheguei aqui já tinha mais ou menos esse cronograma”(CD2DF).

É notável que o acesso à assistência dá-se por demanda espontânea, Atendimento de Urgência Odontológica, 1ª Consulta Odontológica Programática e agendamento para grupos ‘prioritários’, caracterizando as formas de utilização da assistência de saúde bucal na AB. Algumas equipes tendem a priorizar o atendimento às demandas espontâneas e urgências com a chamada ‘agenda aberta’ enquanto outros optam pela fragmentação da agenda com grande parte das consultas comprometidas com ‘grupos prioritários’:

“Nós temos a agenda organizada, está tudo organizado no consultório. Tem horário preestabelecido para acolhimento, demanda espontânea, pacientes marcados e para retorno. Eu esqueci de falar que na odontologia os idosos, gestantes e crianças tem a agenda aberta, não tem um dia de agendamento, eles vêm aqui e se tiver vaga eles já são agendados. Nos casos de urgências eles vêm conversar conosco”(CD1SC).

“[...] normalmente a gente faz demanda espontânea por que, até mesmo pra, por uma questão assim de não mandar o paciente voltar por uma questão de atendimento, alguns procedimentos até a gente seleciona por um dia, a gente tenta selecionar, mas normalmente isso não funciona bem, porque se a gente tem é...possibilidade de atender naquele momento, aí a gente prefere atender logo”(CD3BA).

“O idoso não fica na lista, nem as crianças de 0 a 2 anos, nem gestantes, esses vão direto ou atendidas naquele momento se tiver vagas”(TSB1DF).

“Na segunda feira nossa agenda é gestantes pela manhã e a tarde ‘cárie zero. Na terça feira hiperdia pela manhã e a tarde cárie zero de novo. Quarta feira o dia todo para escolares, porque quem estuda de manhã vem a tarde e quem estuda a tarde vem de manhã.

Quinta feira de manhã é pra visita, e a tarde adolescente. Sexta feira de manhã são os adultos” (CD1DF).

O número de vagas ou fichas é variável de equipe para equipe, não se reconhecendo critérios para a determinação dessas quantidades. A equação ‘número de vagas ofertadas x demanda populacional’ resulta, em alguns casos, em demanda reprimida expressa por filas de espera para o atendimento de saúde bucal e desassistência à grande parte dos usuários.

“Num bairro carente, há uma demanda muito grande. Hoje o agendamento é feito todo sexta-feira, é semanal. São ofertadas 45 vagas, 15 para cada profissional e 30 de retornos” (CD2SC).

“Eu marco as consultas por semana, são 15 vagas todos os dias, de segunda a sexta, são oito pela manhã, e eu boto quatro a seis pela tarde aqui e sempre deixo vaga pra urgência, duas ou três vagas para urgência”(ASB1BA)

“Antes de eu chegar aqui só tinha um dentista aqui, então eles estão acostumados a ficar numa fila muito grande, que é uma realidade” (CD1DF).

“Bom...começa assim, a maioria são demandas agendadas. Segunda feira pela manhã a gente não agenda todos os horários porque sabe que tem mais urgência. Aí atende de manhã e de tarde, e marca 5 de manhã e 5 a tarde, fora os encaixes”(CD2DF)

“Aí é colocado numa lista de espera porque são 2200 pacientes. E às vezes eles vêm na mesma época procurar atendimento. Então pra melhor organização, colocamos numa lista. Quando a lista tá zerada, já vai marcando direto...no meu caso, teve paciente reclamando que já estava há 1 mês na lista de espera...mas fica 2 meses, três meses”(CD2DF).

Os atendimentos de Urgências Odontológicas são ofertados por todas as equipes, irrestritamente., no entanto, alguns fatores fomentam disparidades no acesso entre elas

“Esses dias eu estou atendendo a população da minha área no CEO e também as urgências que surgem de outras áreas, por algum motivo (algum dentista de férias ou não estar na unidade por algum motivo) então acaba que eu estou atendendo também. A demanda hoje é extremamente sobrecarregada”(CD2BA).

“No momento a gente está mandando quem tá sentindo dor, uma restauração que caiu a gente tá encaminhando para outra unidade para poder terminar esse tratamento. Para outra USF” (ASB2BA)

“Nos casos de urgência, funciona assim. A pessoa tá sentindo dor, pode vir em qualquer horário, qualquer dia, de qualquer área, ele

não pergunta de onde é, faz a medicação e se por um acaso tiver alguma vaga ela já atende”(TSB2DF).

A responsabilidade pela efetivação do agendamento das consultas odontológicas é, predominantemente, restrita às equipes de saúde bucal alienando-se à disponibilidade e critérios acordados entre os profissionais. Algumas estratégias incluem a ‘terceirização’ a outros membros da equipe da saúde da família, normalmente Agentes Comunitárias de Saúde, que ‘escolhem’ para quem fornecer as vagas, ou até mesmo, a marcação na recepção ou acolhimento comum da equipe de saúde da família, com agenda aberta:

“Somos nós. Eu e o dentista que marcamos. E daí temos uma listinha porque não damos conta sem essa lista porque é muita gente. E assim vai chamando de acordo quando chega a vez...daí pegamos a agenda e vamos marcando até completar a agenda”(TSB1DF).

“Quando a pessoa vem pedir pra marcar eu pergunto onde ele mora, quem é o agente de saúde, e aí se for algum dos meninos realmente, eu falo: olha você procura os meninos, dá seu nome pra ele, por que ele que marca”(CD1DF).

“[...]a marcação aqui são os agentes comunitários que fazem”(ASB2BA).

“É marcado na recepção, qualquer pessoa marca lá. A gente deixa em aberto ali, só quando é um retorno odontológico a gente deixa ali determinado na agenda, daí nós fazemos aqui dentro do consultório. A gente vê a necessidade do paciente voltar e a gente faz aqui”(CD1SC).

Os ‘Tipos de procedimentos ofertados’ variam entre as equipes, sendo influenciados pelas diferenças na infraestrutura disponível, por fatores socioculturais dos usuários e capacidade profissional em absorver e resolver as demandas assistenciais, restringindo as opções por melhores práticas baseadas em evidências, diferenciando a qualidade de assistência prestada pelas equipes:

“É uma estrutura precária onde chove, alaga, muitas vezes falta a água, é uma casa alugada, então isso tudo dificulta, a falta de material. Nós estamos em falta de material porque não foi feita a licitação pro material odontológico, não tem mais anestésico com vasoconstritor na unidade, por exemplo”(CD2BA).

“Por exemplo, agora mesmo nós estamos sem poder fazer restauração aí nosso atendimento tá mais pra extração. Aí o que tiver para extração a gente tá fazendo”(ASB3BA).

[...] a população ela tanto aqui quanto na outra zona rural que eu atendia, ela ainda é muito voltada para a questão da extração...então

assim..a população tá muito voltada à extração, qualquer problema, extração, extração, então aqui eu sinto muita dificuldade de convencer o paciente a não fazer extração”(CD3BA).

A ‘Longitudinalidade do cuidado’ pressupõe a continuidade da relação clínica com construção de vínculo e responsabilização entre usuário e profissional, sendo caracterizada pelo caminho seguido após o acesso à assistência¹⁵. A garantia de conclusão do tratamento com a disponibilidade de fichas para retorno e mecanismos de referência e contra referência para outros níveis da rede diferenciam a qualidade e a capacidade de resolutividade das equipes de saúde bucal.

A garantia de conclusão do tratamento é escassamente abordada nas falas, parecendo estar relacionada com a disponibilidade de vagas específicas para o retorno do atendimento, embora algumas equipes venham utilizando vagas de livre demanda para a conclusão em casos específicos:

“[...]são 48 horários de atendimento individual (30 min cada)/semana, sendo 15 para agendamento e novos e 33 para retornos[...]”(CD2SC).

“[...]e ter retornos pra quando houver necessidade, a dentista analisa se precisa de retorno, alguma coisa mais demorada que precisa ser marcada, aí a gente tem o retorno”(ASB1SC).

“[...] havia muitas faltas e o retorno ficava para dois meses e as faltas aumentavam, por isso decidimos fazer o acolhimento que é a demanda espontânea, a pessoa vem e se puder fazer alguma coisa no mesmo dia eu faço e ela pode voltar outro dia de demanda espontânea [...]”(CD1SC).

“ E você sabe que tem acolhimento todo dia tal hora e tal hora. Então eu preciso fazer quatro consultas, por exemplo. Então se eu for quatro dias seguidos e conseguir acolhimento, beleza você terminou o tratamento”(CD1SC).

Os mecanismos de referência e contra referência para outros níveis da rede consistem, basicamente, nos encaminhamentos para os CEOs. A grande demanda por algumas especialidades fomenta filas de espera e, até mesmo desistências por parte do usuário, prejudicando a continuidade, integralidade e resolutividade na assistência:

“Porque você acaba prometendo uma coisa e você fala ‘vai lá que a gente faz tal coisa’. Ai a gente faz aquela coisa bonita, um trabalho bonito. Aí quando chega a finalização não é feito, porque demora. Ai tem que esperar mais porque não tem profissional pra fazer. O número suficiente pra suprir aquela demanda. Sei lá, tinha que ter

mais gente lá no topo pra dar sustentação aqui pra baixo, porque a base faz o seu trabalho, mas não é finalizado” (ASB1SC).

“No nosso caso, endodontia que demora seis meses no mínimo, pra ser bem otimista. Demora bem mais geralmente. Acaba sendo uma grande dificuldade. As pessoas pensam ‘eu não vou lá, acho que eu vou tentar procurar um particular porque eu consigo mais rápido, faço um esforcinho, pago um pouquinho” (ASB1SC).

“[...] tem pacientes nossos que relatam que tem um ano ou mais que não conseguiram fazer um canal, não mandam com a ficha de contra referência e acabamos perdendo o paciente, outros voltam pra arrancar o dente por não conseguir o atendimento” (ASB3BA).

“Só que tem uma fila enorme de mil e tantas pessoas pra extrair dente. No hospital não querem extrair dente, porque dizem que o CEO do hospital não recebe pelo procedimento de extração” (CD1DF).

A Política Nacional de Atenção Básica¹⁵ recomenda a utilização de micro regulação dos encaminhamentos em consonância às regulações dos outros níveis, favorecendo a equidade de acesso à assistência, porém, os dados informam que isso raramente acontece:

“Não existe integração com a rede, é uma rede desvinculada, não existe resposta a nossas demandas. Não tem uma resposta quantitativa, e por ocasião de uma reunião, que é rara eu até sugeri que existisse um sistema de cotas para cada unidade, que seria justo” (CD1BA).

“Eles mandam as vagas mensais , endodontia, periodontia, cirurgia, pacientes especiais, aí eles já mandam o código com o número de vagas e a gente tem uma lista das necessidades dos pacientes, e vai encaminhando pra eles todo mês, todo fim do mês” (CD2DF).

As dificuldades logísticas para a utilização dos serviços de referência ocasionam faltas aos atendimentos, com prejuízo à continuidade do cuidado e resolutividade da assistência:

“São encaminhados os pacientes, mas a dificuldade é eles não irem na consulta. Aí eles acabam abaixando as nossas vagas. Se mandava 5 vagas antes pra fazer o canal. Hoje eles mandam uma ou duas. Porque nossos pacientes não vão. Então não se completa o tratamento” (CD2DF).

Categoria 2: Acesso à prevenção e promoção

O acesso às ações preventivas e de promoção de saúde bucal relaciona-se às atividades além da assistência clínica individual, baseando-se na redução das iniquidades pela ampliação das possibilidades de escolhas dos indivíduos e comunidades em atuarem

sobre os fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida²⁶. A análise da categoria desvelou duas subcategorias associadas à restrição do acesso a ações preventivas e de promoção de saúde bucal da AB: ‘Infraestrutura’ e ‘Atenção a grupos específicos’.

Os problemas de ‘Infraestrutura’ relacionam-se, especialmente, à escassez de espaços físicos adequados e acolhedores para a realização de atividades que envolvam diversos grupos da comunidade. As ações são realizadas, predominantemente, nas escolas ou nos espaços internos das próprias unidades de saúde, restringindo o acesso a grandes proporções da população adscrita:

“Nosso espaço aqui tá reduzido e essa nova equipe usa o auditório como consultório e aí fica prejudicado”(CD1DF).

“Mas até pra fazer uma escovação supervisionada não tem como, porque a gente não tem escovódromo. Acho que nenhum centro de saúde de Brasília tem. O DF ficou com os menores índices de escovação coletiva” (CD2DF).

A disponibilidade de materiais específicos e básicos para a realização das ações preventivas também constitui fator determinante às diferenças no acesso à prevenção e promoção de saúde bucal, entre equipes:

“[...] o que é feito nas creches e nos colégios, palestras, todas as amostras de como é feita a escovação, informar, vai folhetos, a gente fornece escova, pasta e fio dental”(TSB1SC).

“Infelizmente hoje só é possível fazer palestras, mas não tá sendo feita escovação, aplicação de flúor por falta de material, não tem escovas, não tem material mesmo para poder fazer aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada, então o único que a gente pode fazer em creche e em escola são palestras”(CD2BA).

“No momento estamos até sem flúor já faz 6 meses e estamos impossibilitados de fazer a escovação supervisionada também” (ASB3BA)

A ‘Atenção a grupos específicos’, como escolares, Gestantes, Diabéticos e Hipertensos é prática das equipes de saúde bucal. Normalmente, as atividades são realizadas em horário de expediente da escola ou unidade de saúde, retirando de grande parte da população, a oportunidade de participar:

“Não tenho como trabalhar fora do horário previsto”(CD1BA).

[...]porque o trabalho aqui , a fonte de renda da população de Jacuípe é o corte da cana, e aí eles passam o dia todo, e se eles perderem o dia de trabalho, aí corta o dia, e se eles por exemplo não forem de manhã não tem como ir de tarde mais” (CD3BA).

DISCUSSÃO

As iniquidades em saúde bucal podem ser observadas sob perspectivas diversas, porém, ressalta-se que sua caracterização relaciona-se ao componente da injustiça social, onde regiões, povos ou indivíduos diferem na maneira de acessar os bens e serviços, tendo suas escolhas restritas ao modo de inserção social^{1,2}. Nesse contexto, o acesso à saúde bucal constitui-se no grau de ajuste entre o sistema de saúde, os indivíduos ou comunidade, baseado em três dimensões: na disponibilidade de serviços, na acessibilidade financeira do sistema e usuários e na aceitabilidade de utilização dos serviços. Assim, acesso é definido como um mecanismo que fomenta a liberdade de utilização dos serviços^{29, 30}.

O gradiente entre as condições socioeconômicas e o acesso a saúde (especialmente acesso e cobertura da assistência) tem sido demonstrado por estudos que se utilizam das associações entre indicadores socioeconômicos e indicadores de saúde, inclusive os de saúde bucal^{31,32,33}. Os indicadores de acesso à saúde bucal permitem o monitoramento da garantia de serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, objetivando a criação de mecanismos para a ampliação da AB^{34,35}. As RMs do estudo demonstraram diferenças significativas na expressão dos 3 indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, com paralela discrepância no desenvolvimento socioeconômico mensurado pelo IFDM/2015. A Grande Florianópolis destacou-se das demais RMs nos percentuais de cobertura populacional de equipes de saúde bucal, na cobertura populacional da ação de escovação supervisionada coletiva, bem como, na proporção da realização de exodontias em relação aos demais procedimentos na AB³⁶.

As diferenças nos percentuais de cobertura populacional de equipes de saúde bucal podem estar relacionadas com as características sócio demográficas das regiões, especialmente às características populacionais dos municípios que as compõem. O aumento da cobertura e uma ampla distribuição geográfica das unidades básicas de saúde que adotam a ESF promovem o acesso da população usuária do Sistema Único de Saúde, aumentando a capacidade potencial de respostas às necessidades dos usuários, constituindo-se em importante promotor de equidade³⁷. As disparidades de cobertura de saúde bucal entre as RMs abordadas no estudo extrapolam-se à cobertura da Estratégia Saúde da Família como um todo, entre Unidades da Federação e entre as capitais, sendo atribuídas à diversidade dos processos de gestão local entre os

municípios e os estados brasileiros, apesar de forte indução do Governo Federal. Reconhece-se que os processos organizacionais são muito variados, resultando em diferenças na implantação local, com consequências às coberturas locais, acesso aos serviços e respostas^{38,39}. Independentemente da RM, alguns relatos dos participantes apontam à questão da demanda exagerada, mesmo em situações de suficiente cobertura¹⁴, mostrando a necessidade de aprimoramento na organização do trabalho e da agenda de atendimento, buscando o equacionamento da demanda e ampliação do acesso ao máximo que a cobertura possa permitir. Deficiências na infraestrutura induziram a migração da demanda de determinadas áreas para outras, culminando na sobrecarga de algumas equipes de saúde bucal, na RM Salvador.

Os percentuais de cobertura das ações de escovação dental supervisionada protagonizam o monitoramento do acesso a ações preventivas em saúde bucal. A Grande Florianópolis destacou-se com percentuais, aproximadamente, 3 vezes maiores na cobertura da ação em relação as demais regiões. Como constatada na vertente qualitativa dos resultados, todas as equipes executam ações de escovação rotineiramente, sendo a Infraestrutura, fator preponderante à diferenciação entre as equipes de saúde bucal do estudo, destacando-se a disponibilidade ou indisponibilidade de insumos e de ambientes adequados para a prática da escovação. Apesar de ‘cobertura populacional pelas ESB’ significar que todas as ações devem dirigir-se a toda a população coberta, percebe-se direcionamento e restrição das ações de promoção e prevenção à saúde bucal a ‘grupos específicos’, normalmente escolares, gestantes, hipertensos e diabéticos em detrimento a grande parte da população, margeada do processo. As equipes demonstram dificuldades em proporcionar alternativas de acesso a ações de promoção e prevenção a saúde bucal aos estratos populacionais excluídos das ações, especialmente, pela inflexibilidade de horários de expediente das unidades básicas de saúde, coincidentes com os horários laborais de grande parte da população. A insuficiência de ações promotoras e preventivas sobre determinantes e condicionantes de saúde impacta mais significativamente em comunidades em desvantagem socioeconômica.

A ‘proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos’ expõe deficiências no acesso aos serviços à medida que indica falhas na cobertura de ações preventivas e promotoras de saúde bucal, qualidade da assistência, e acessibilidade em níveis mais complexos de atenção. Os percentuais de exodontia em relação aos demais procedimentos são substancialmente menores na Grande

Florianópolis, quando comparados com Salvador e DF. Estudos têm demonstrado existir uma correlação negativa significativa entre as perdas dentárias e os níveis de desenvolvimento socioeconômico^{9,39,40,41}. Em 2008, o percentual de indivíduos de 12 anos de idade com perda do primeiro molar permanente foi três vezes maior em municípios com piores níveis de desenvolvimento humano em relação aos municípios com os melhores níveis⁹. Em pesquisa recente, incluindo 19 RMs ordenadas pelo nível de desenvolvimento socioeconômico notou-se uma variação de 40,5% na média do IFDM associada a uma variação de 111,5% na proporção de exodontias, entre quintis distintos de desenvolvimento, em 2015. Essas discrepâncias puderam ser aprofundadas na análise contextual do trabalho das equipes de saúde bucal do presente estudo. Observou-se falta de recursos materiais para a assistência (materiais restauradores) e diferenciais no tempo de espera para assistência em outros níveis de atenção. Nesse sentido, a especialidade de Endodontia destacou-se com tempo de espera variando de 6 meses (Grande Florianópolis) a 2 anos (Salvador), sendo relatados casos de desistências ou evasão dos usuários das consultas especializadas, com posterior retorno à AB para exodontias dos elementos dentários com indicação preferencial de tratamento endodôntico.

As diferenças nas proporções de exodontias refletem-se na representação do total de dentes perdidos no indicador CPO-D (Cariados, Perdidos ou Obturados por cárie) do último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, realizado em 2010. Nas duas faixas etárias adultas avaliadas (35 a 44 e 65 a 74 anos de idade) Florianópolis apresentou, em média, 1 elemento perdido a menos com relação a Salvador e Brasília (Capitais das RMs do estudo), sendo que o percentual de representatividade do componente ‘perdido’ também foi o menor entre as capitais⁴². As discrepâncias no acesso à saúde bucal na AB tendem a ser insuficientes para justificar contextos mais mutiladores do que outros. Os aspectos socioculturais apareceram nas entrevistas, onde um relato apontou para a preferência de usuários pelas exodontias em detrimento a outros procedimentos de manutenção do elemento dentário, na RM Salvador.

Os indicadores ‘1ª Consulta Odontológica Programática’, ‘Atendimento de Urgência Odontológica’ e ‘Atendimento Odontológico a Gestantes’ constituem-se em indicadores de assistência ou utilização⁴¹. No presente estudo, entende-se que estes indicadores representem um contato inicial com a assistência podendo ser considerados indicadores de ‘acesso à assistência’. À análise quantitativa constataram-se

diferenças significativas nas médias de ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’ entre RM Grande Florianópolis e RM Salvador. A análise qualitativa fornece elementos para compreensão desses resultados, com relato da priorização da livre demanda em detrimento às consultas previamente agendadas. Profissionais relatam baixa adesão às consultas programadas, relacionada à indisponibilidade de horários e distância do trabalho dos usuários à unidade de saúde, em município da RM Salvador. Ressaltou-se que a reserva de vaga para consulta programática pode converter-se em ‘faltas’ no atendimento, gerando ociosidade e desperdício de consultas.

Autores apontam que o indicador de ‘1ª Consulta Odontológica Programática’ possui o inconveniente de superdimensionamento relacionado a registros deste em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente, exigindo maior treinamento e perícia dos profissionais que alimentam o sistema de informação⁴³.

Os indicadores ‘Tratamento Concluído’ e ‘Encaminhamentos a Atenção Secundária de Saúde Bucal’ relacionam-se à Longitudinalidade do cuidado, indicando Integralidade, Resolutividade e Qualidade de assistência. A Grande Florianópolis destacou-se das demais RMs nas proporções de ‘Tratamentos Concluídos’ em relação às ‘1ª Consultas Odontológicas Programáticas’. Este resultado pode estar relacionado à maior cobertura populacional por equipes de saúde bucal na região, como abordado anteriormente, indicando um maior padrão de acesso, utilização e resolutividade da AB em saúde bucal, com maior possibilidade de rotatividade na utilização dos serviços. Embora todas as equipes apresentassem reservas de vagas para agendamento, apenas na Grande Florianópolis acenou-se à questão das vagas de retornos agendados, denotando preocupação com a continuidade de assistência. Além disso, profissionais buscam alternativas para a continuidade e conclusão do tratamento pela disponibilização de atendimentos sequenciais de livre demanda.

Autores consideram que a relação entre os ‘Tratamento concluídos’ e a concentração de procedimentos indicam eficácia na assistência em saúde bucal, sendo influenciado pelo perfil etário dos usuários, observando-se, um gradiente inversamente proporcional entre idade e número de consultas para conclusão do tratamento⁴³. Nesse sentido, a consideração desses fatores pode induzir a organização da demanda e a adoção de protocolos que constituam soluções para maiores níveis de satisfação dos usuários pela garantia de agendamento

e atendimento, com maior rapidez no tratamento, acesso facilitado e ampliado, e resolutividade⁴⁴.

A RM Salvador apresentou as maiores proporções de ‘Encaminhamentos a atenção secundária em saúde bucal’ entre as regiões do estudo. A quantidade de Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs) instalada é proporcionalmente maior, denotando maior oferta de serviços de atenção secundária. São 15 CEOs instalados para 13 municípios, sendo que aproximadamente 40%, são do Tipo III⁴⁵. O perfil epidemiológico dos agravos de saúde bucal, menor nível de resolutividade dos serviços de AB e menores proporções de usuários com acesso a planos privados⁴⁶ de saúde bucal constituem fatores que podem estar associados à potencialização da demanda por procedimentos clínicos avançados na rede pública de atenção à saúde.

No presente estudo, constatou-se o encaminhamento de procedimentos pertinentes à AB à atenção secundária por insegurança profissional ou problemas com a infraestrutura dos serviços básicos em saúde bucal, como relatado por profissionais das equipes. Houve registros de encaminhamentos para realização de procedimentos de exodontia nos CEOs sob a alegação massiva de ‘falta de bomba à vácuo’ nos consultórios. A ausência de sistemas regulatórios efetivos na RM Salvador pode somar-se aos fatores mencionados anteriormente, na explicação dos quantitativos de encaminhamentos aos CEOs. Autores afirmam que a implantação de CEO em municípios nos quais a APS não esteja adequadamente estruturada não é recomendada, pois a atenção secundária estaria atendendo a livre demanda e executando procedimentos básicos e, portanto, não cumprindo o princípio da integralidade pretendida⁴⁷.

Em vista do papel social dos CEOs em reduzir as iniquidades de acesso aos serviços odontológicos especializados e, assim, propiciar reduções na morbidade relacionada à saúde bucal, a análise do volume de encaminhamentos ou mesmo, da capacidade instalada parece ser insuficiente para clarificar o desempenho dos CEOs no Brasil. O desempenho dos CEOs pode influenciar-se pelas formas de organização e gerenciamento dos processos de trabalho, além de características contextuais dos locais de implantação. Autores tem relacionado o melhor desempenho dos CEOs com sua implantação em localidades mais desenvolvidas socioeconomicamente^{48, 49}.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, constata-se que as desigualdades no desenvolvimento socioeconômico das RMs parecem estar associadas com as disparidades apresentadas por grande parte dos indicadores de saúde bucal incluídos no estudo. Adicionalmente, diferenças na organização e práticas do trabalho das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família explicam e potencializam iniquidades no acesso, assistência ou utilização da saúde bucal na AB. Iniquidades na atenção à saúde bucal foram identificadas por meio de análise de Métodos Mistos das 3 RMs do estudo. De modo geral conclui-se que a Grande Florianópolis exerceu protagonismo na amplitude e qualidade de acesso à saúde bucal expressa pela maior cobertura, garantia de continuidade e resolutividade na AB por meio de práticas eficazes aliadas à melhor infraestrutura, com mecanismos regulatórios aos demais níveis de atenção à saúde bucal. A RM Salvador deteve os menores níveis de cobertura, convertendo-se em menor acesso a ações preventivas e à prática de uma assistência mais mutiladora, voltada a exodontias e atendimentos de urgência, em detrimento à resolutividade e continuidade da AB. A baixa resolutividade atrelada à falta de infraestrutura e fatores socioculturais dos usuários redundam na sobrecarga dos níveis secundários da atenção que, apesar de possuir a maior rede de cobertura entre as regiões do estudo, não consegue absorver a demanda satisfatoriamente. A RIDE/DF equivaleu-se a Salvador no desempenho dos indicadores de acesso a saúde bucal com ações de promoção e prevenção esbarrando em problemas infraestruturais além das maiores proporções de exodontias, denotando uma lógica mutiladora de atendimento. A insuficiência de acesso à assistência com ausência da garantia da continuidade da atenção e de vagas suficientes para atendimento redundam em menor resolutividade e acúmulo de ‘filas de espera’ na AB em saúde bucal. A evidenciação das iniquidades entre as regiões do estudo, exige a reorientação das lógicas e rotinas da atenção, a avaliação da efetividade das políticas indutoras, bem como, a ampliação de suas frentes vislumbrando a promoção de práticas pró-equidade, com qualificação do acesso e assistência à saúde bucal, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

- 1.Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1991.
2. Travassos C. Equity in the Brazilian Health Care System: a contribution for debate. *Cad Saúde Pública*.1997; 13(2):120-125.
- 3.Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *Int J Health Serv*. 2001;13(3):545-566.
- 4.Ribeiro LCQ, Moura R, Delgado P, Tavares E, coordenadores. *Integração dos Municípios Brasileiros à Dinâmica de Metropolização*. Rio de Janeiro: Letra Capital; 2014.
- 5.Brasil. Lei nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015. Institui o Estatuto da Metr pole, altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2015; 12 de janeiro.
- 6.Ribeiro MG. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metr poles brasileiras. *Sociologias*. 2016;42(18):198-230.
- 7.Programa das Na es Unidas para o Desenvolvimento no Brasil (PNUD). O  ndice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD/BRASIL;2013.
- 8.Federa o das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN). IFDM 2015 -  ndice Firjan de Desenvolvimento Municipal: Ano Base 2013. Rio de Janeiro: FIRJAN;2015.
- 9.Roncalli AG. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ. *Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Medicas; 2008. p.170-194.
- 10.Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informa o. *Cien Saúde Colet*. 2007; 12(3): 667-673.

11. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev de Saúde Pública*. 2010;44(2):360-365.

12. Bueno RE, Moyses ST, Bueno PAR, Moyses SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 36(1):17-23.

13. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS/BRASIL; 2004.

14. Brasil. Portaria Nº 2.488, 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* 2011; 21 de outubro.

15. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS/BRASIL; 2012.

16. Brasil. Portaria Nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). *Diário Oficial da União* 2012; 26 de dezembro.

17. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. Brasília: MS/BRASIL; 2012.

18. Scherer MDA. Estratégia Saúde Da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico. Brasília: UnB; 2015.

19. Peduzzi MP, Schraiber LM. Processo de Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

20. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saúde Colet*. 2010; 15(1):1643-1652.

21. Creswell JW, Clark VLP. *Pesquisa de Métodos Mistos*. Porto Alegre: Penso; 2013.
22. Barbeta PA. *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. Florianópolis: UFSC; 2014.
23. Minayo MCS. Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 303-360.
24. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades na acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho IC. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.183-206.
25. Narvai PC. Integralidade na Atenção Básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p.28-42.
26. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cien Saúde Colet*. 2014; 19(11):4301-4311.
27. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
28. Peres ACO. *O Trabalho Interdisciplinar como Inovação Tecnológica na Promoção da Saúde Bucal* [dissertação]. Florianópolis(SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
29. Travassos C. Fórum equidade no acesso aos serviços de saúde, introdução. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 (5):1159-1161.
30. Thiede M, McIntyre D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1168-1173.

31. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Cien Saúde Colet.* 2012; 17(11):3115-3124.
32. Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcellos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Cien Saúde Colet.* 2013; 18(2):461-470.
33. Ferreira MAF, Latorre MRDO. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Cien Saúde Colet.* 2012; 17(9): 2523-2531.
34. Tsakos G, Steele J, Treasure E. Patterns of oral health inequalities in high-income countries. In: Watt RG, Listl S, Peres M, Heilmann A. *Social inequalities in oral health: from evidence to action.* ICOHIRP. 2015;1:06-07.
35. Do LG, Moyses SM, Mathur M. Patterns of oral inequalities in middle and low-income countries. In: Watt RG, Listl S, Peres M, Heilmann A. *Social inequalities in oral health: from evidence to action.* ICOHIRP. 2015; 1:08-09.
36. Listl S, Wildman J. Economics of oral health and inequalities. In: Watt RG, Listl S, Peres M, Heilmann A. *Social inequalities in oral health: from evidence to action.* ICOHIRP. 2015; 1:10-11.
37. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet.* 2016; 21(2):327-338.
38. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2009; 14(3):783-794.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

40. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43:317–324.
41. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saúde Pública* 2016; 32:01-18
42. Ministério da Saúde. SB Brasil Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: Resultados Principais. Brasília: MS/BRASIL; 2011.
43. Colussi CF, Calvo MCM. Modelo de avaliação da saúde bucal na Atenção Básica. *Cad Saúde Publica* 2011; 27(9):1731-1745.
44. Cavalcanti YW, Barbosa AS, Almeida LFD, Padilha WWN. Avaliação de Usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012; 12(3): 405-412.
- 45 . Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Cidades atendidas com Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Brasília: MS/BRASIL;2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=cidades_bs>. Acesso em: 05 jan. 2017.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Brasília: IBGE; 2015.
47. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1005-1013.
48. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior G, Rosales MS. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S81-S89.
49. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Cien Saúde Colet* 2015;20(4):1149-1163

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do conhecimento não tem fronteiras. É instigante, fascina, desafia a inércia e contágia, podendo transitar desde as microestruturas e micros relações de uma Unidade Básica de Saúde para a transposição dos limites geopolíticos e sociais de um país continental e suas RMs, que por vez, demonstram organicidade e vivacidade por meio da dinâmica e inquietude de dispersar e concentrar, homogeneizar e diversificar, de acolher, mas segregar.

As RMs encerram em si características históricas, políticas, culturais, sociais, geográficas e demográficas diferenciando-as umas das outras ou mesmo, o interior de suas próprias entranhas, de seus órgãos vitais: os becos, as comunidades, os bairros, as cidades e as populações. As diferenças ou desigualdades podem determinar e condicionar escolhas que aproximam ou distanciam os seres humanos, do acesso digno às melhores oportunidades. Quando inaceitáveis, evitáveis e injustas as desigualdades constituem-se em iniquidades, estratificando e restringindo as oportunidades de acesso aos bens essenciais à vida humana.

As desigualdades em saúde não equivalem, necessariamente, a iniquidades. As iniquidades relacionam-se aos fatores que afastam as pessoas das escolhas para a proteção e evolução de sua qualidade de vida e, dentre estes, as condições socioeconômicas. Esse trabalho demonstrou que há fortes evidências na literatura de associação entre as circunstâncias sociais e econômicas de um indivíduo (e até mesmo de uma sociedade) e sua saúde, e monitorar as desigualdades socioeconômicas tornou-se uma característica essencial da avaliação do progresso e desenvolvimento da saúde nacional. Tal monitoramento mostrou não só que as desigualdades de saúde estão presentes em quase todas as nações, mas que sua magnitude representa um gradiente social que se estende do mais para o menos privilegiado na sociedade.

O Brasil tem desenvolvido alguns mecanismos de proteção social para toda a população. Entre eles, destacam-se a ampliação e incentivo à cobertura de saúde e a criação dos programas de transferência de renda, que oportunizaram substancial redução nos níveis de pobreza, na última década. A redução das desigualdades de renda e o fortalecimento do SUS podem ser considerados combustíveis à melhoria do estado de saúde da população brasileira. No entanto, apesar da recente expansão dos programas de Atenção Básica no Brasil, ainda observam-se lacunas de acesso e utilização dos cuidados de saúde entre os segmentos mais vulneráveis da população.

O presente estudo demonstrou relações entre o desenvolvimento socioeconômico das RMs brasileiras com a expressão dos principais indicadores de acesso, assistência e cobertura de saúde bucal do SUS. Essas relações condicionam e diferenciam as oportunidades em saúde bucal, sendo observáveis também sob a perspectiva dos agravos. Apesar das limitações pertinentes à utilização de dados secundários e da não inclusão de usuários na vertente qualitativa do presente estudo, demonstrou-se que a relação entre o comportamento dos indicadores de saúde bucal e de desenvolvimento socioeconômico refletiu-se em disparidades na organização e práticas das Equipes da Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, das RMs diferentes explicando, em grande parte, as iniquidades existentes no acesso à saúde bucal em contextos distintos de Atenção Básica.

Com base no exposto, a atenuação das iniquidades em saúde, e saúde bucal, parece relacionar-se à superação das disparidades entre as ‘prescrições’ e as ‘práticas’, ‘normatizações’ e a efetivação de ‘ações factíveis’, no contexto da sociedade. As RMs detêm um papel imprescindível no equacionamento dos gradientes sociais que determinam as disparidades nas condições de saúde da população. À medida que essas RMs atuarem como redes orgânicas de proteção social, com planejamento e execução de políticas compartilhadas, os avanços sociais serão mútuos, e as distâncias para o alcance de uma condição mais homogênea e equânime de oportunidades de acesso aos bens essenciais e comuns, redundarão, conseqüentemente, em melhores condições de saúde aos seus cidadãos. Para tanto, pactuações políticas, sociais e intersetoriais são indispensáveis à potencialização das melhores práticas organizacionais e administrativas, que reorientem a formação profissional e que estimulem a participação popular na construção de uma sociedade sustentável e saudável.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, N. Desigualdades sociais, redes de sociabilidade e participação política. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 297 p.
2. ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 2, n. 42, p.360-365, jan. 2010.
3. BAHIA, L.; COSTA, N. R.; VANSTRALEN, C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.1791-1818, out. 2007.
4. BARBATO, P. R. 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). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1803-1814, ago. 2007.
5. BARBETTA, P. A. *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. 9. ed. Florianópolis: UFSC, 2014. 320 p.
6. BOBBIO, N.; MATTUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 13.ed. Brasília: UNB, 2007.
7. BOCCOLINI, C.S.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal For Equity In Health**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-89, 17 nov. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0444-3>.
8. BORGES, C. M . et al. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 6, p.1849-1858, jun. 2014. FapUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.02332013>.
9. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. ABC DO SUS. 1990. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 13 out. 2016

10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Brasília.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . PROJETO SB SBRASIL 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003, Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(a). 110 p. (Série E - Legislação em Saúde).
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(b). 84 p. (B - Textos Básicos de Saúde).
15. BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.
16. BRASIL. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (Ed.). Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras. Brasília: IPEA, 2015. 240 p.
17. BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. (Org.). Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.
18. BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. . Caderno de Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas 2013-2015. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156 p. (Articulação Interfederativa).
18. BUENO, R.E. et al. Social determinants and adult oral health in Brazilian state capitals. Revista Panamericana de Salud Publica, v.36, n.17, 2014.
19. BUVINIC, M. (Ed.). Introdução: inclusão social na América Latina. In: BUVINIC, Mayra; MAZZA, Jacqueline; DEUTSCH, Ruthanne

(Ed.). *Inclusão Social e Desenvolvimento Econômico na América Latina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. Cap. 1. p. 01-32.

20. CAMPOS, A.C.V. et al. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4349-4355, jan. 2011.

21. CARIO, S.A.F. *Desenvolvimento Socioeconômico*. Florianópolis: UFSC, 2011. 197 p.

22. CELESTE, R. K. et al. Serie de procedimentos odontológicos realizadas nos serviços públicos brasileiros, 1994 a 2007. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4523-4532, nov. 2011.

23. CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 17, p.3115-3124, ago. 2012.

24. COHN, A. O estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 8. p. 219-246.

25. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social, Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 148 p.

26. CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.319-328, set. 2001.

27. CORTELLAZZI, K.L. et al. Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v. 17, n. 4, p.978-988, dez. 2014. FapUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040015>.

28. CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

29. CRESWELL, J.W.; CLARK, V. L. Plano. Pesquisa de Métodos Mistos. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.
30. DUCHIADE, M. P. População Brasileira: Um retrato em movimento. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.). Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999. Cap. 1. p. 14-56.
31. ELIAS,P.E.M.; DOURADO, D.A (Org.). SISTEMA DE SAUDE E SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.E.M; SEIXAS, P.H. D. (Org.). Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap. 4. p. 102-124
32. FERNANDES, F.M.B; RIBEIRO, J.M; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p.1667-1677, set. 2011.
- 33.FERNANDES, J.K.B. et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? Cadernos de Saúde Pública, v.32, p.01-18, 2016.
34. FERREIRA, A.A.A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.211-218, jan. 2006.
35. FERREIRA, L.P; GUANABARA, R.; JORGE, VL. Curso De Ciência Política: Grandes Autores Do Pensamento Político Moderno e Contemporâneo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 510 p.
36. FIRJAN (Rio De Janeiro). IFDM 2015 - Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal: Ano Base 2013. Rio de Janeiro: Firjan, 2015. 28 p. Disponível em: <<http://www.firjan.com.br/data>>. Acesso em: 20 mar. 2016.
37. FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p.64-71, jan. 2009.
38. GARBIN, D.et al. Odontologia e saúde suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção.

Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.441-452, fev. 2013.

39. GOES, P.S.A. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.81-89, jan. 12. Suplemento especial.

40. GOMEZ, J.R.M. Crítica ao conceito de desenvolvimento. Pegada, São Paulo, v. 3, n. 1, p.115-128, nov. 2011. Semestral.

41. HÖFLING, E.M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. Cadernos Cedes, Campinas, v. 21, n. 55, p.30-41, nov. 2001.

42. JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J.; TURNER, L. A.. Toward a Definition of Mixed Methods Research. Journal Of Mixed Methods Research, [s.l.], v. 1, n. 2, p.112-133, 1 abr. 2007. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1558689806298224>.

43. LANDMANN-SZWARCWALD, C.; MACINKO, J. A panorama of health inequalities in Brazil. **International Journal For Equity In Health**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-3, 17 nov. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0462-1>

44. MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.521-532, mar. 2011.

45. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia qualitativa e quantitativa. In: MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009. Cap. 8. p. 270-288

46. MENDONÇA, Ana Carolina Oliveira et al. Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p.109-124, maio 2005. Quadrimestral.

47. MENECUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p.522-532, abr. 2011. Trimestral.
48. MOYSES, Samuel Jorge. Políticas de atenção à saúde bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 19. p. 609-633. 48984299919
49. MOLLER, Daniela. *Brasil, um país de todos? : o projeto neodesenvolvimentista e a tônica dos programas de inserção social na agenda do governo federal (2003-2013)*. 2013. 274 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Centro de Ciências Socioeconômicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PGSS0142-D.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.
50. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Técnicas de análise do material qualitativo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. Cap. 11. p. 303-360.
51. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Brasília.
52. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.
53. MOURA, Rosa et al. *Hierarquização e Identificação dos Espaços Urbanos*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2009. 115 p. (Conjuntura urbana).
54. NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p.241-246, fev. 2008.
55. OCAMPO, Jose Antonio. Desenvolvimento Econômico e Inclusão Social. In: BUVINIC, Mayra; MAZZA, Jacqueline; DEUTSCH,

Ruthanne (Ed.). *Inclusão Social e Desenvolvimento Econômico na América Latina*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. Cap. 2. p. 33-40.

56. PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p.

57. PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, [s.l.], v. 377, n. 9779, p.1778-1797, maio 2011. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8).

58. PERES, K.G et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*, v.46, p. 250-258, 2012.

59. PERES, A.C.O. *O Trabalho Interdisciplinar como Inovação Tecnológica na Promoção da Saúde Bucal: Estudo Qualitativo na Atenção Primária, Em Florianópolis-SC*. 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

60. PERES, M.A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 47, p.78-89, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004226>.

61. PNUD (Brasil) (Ed.). *O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro*. Brasília: PNUD, 2013. 51 p. (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013).

62. POUPART, J. et al. A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3.ed. Petrópolis: Vozes. p.126-153. 2012.

63. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE (Canadá) (Org.). *Carta de Otawa*. 1986. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 12 out. 2016.

64. RAWLS, J. Justiça como equidade. In: RAWLS, John. Uma Teoria da Justiça. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Cap. 1. p. 03-56.
65. RAWLS, J. Idéias Fundamentais. In: RAWLS, John. Justiça como Equidade: Uma Reformulação. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Parte I. p.01-53.
66. REYES, G. E. Four main theories of development: modernization, dependency, word-system and globalization. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.* n. 4, jul.-dez. 2001. Disponível em: <<http://www.ucm.es/info/eurotheo/nomadas>>. Acesso em: 25 nov. 2001.
67. RIBEIRO, L.C.Q; RIBEIRO, M.G. Índice de Bem-estar Urbano - IBEU. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013. 264 p.
68. RIBEIRO, L.C.Q et al (Org.). Integração dos Municípios Brasileiros à Dinâmica de Metropolização. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2014. 118 p.
69. RIBEIRO, M.G. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p.198-230, ago. 2016. FapUNIFESP (SCIELO). <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004207>
70. ROCHA, S. As metrópoles brasileiras às vésperas do terceiro milênio. *Econômica*, Niterói: UFF, v.2, n.4, p.5-24, dez. 2000
71. RONCALLI, A.G (Comp.). Epidemiologia das Desigualdades em Saúde Bucal com Foco em Famílias: Saúde Bucal-Brasil: as desigualdades entre as famílias brasileiras.. In: MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge; KRIEGER, Léo. Saúde bucal das famílias: Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Cap. 7. p. 170-194.
72. RONCALLI, A.G. et al. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, (s.i), v. 43, n. 4, p.317-324, ago. 2015.
73. SCHERER, M.D.A. Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de

Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico: Relatório Técnico. Brasília: UnB, 2015. 91 p.

74. SILVA, J.B; BARROS, M.B.A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 6, n. 12, p.375-383, jun. 2002.

75. SIQUEIRA, H.; MAIA, A.G. Desigualdades nos mercados de trabalho metropolitano e não metropolitano brasileiro (1981-2006). Cadernos Metr pole, São Paulo: EDUC, v.12, n.24, p.349-367, jul./dez. 2010.

76. SOARES, C.L.M. A constitui o da saúde bucal coletiva no Brasil. 2014. 174 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

77. TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dial tica do menos pior. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p.267-282, set. 2005. Quadrimestral.

78. TOLOSA, H. Pobreza no Brasil: uma avalia o dos anos 80. In: VELLOSO, J. P. Reis (Org.). A questão social no Brasil. São Paulo: Nobel, 1991. p.105-136.

79. UNICEF (Brasil) (Ed.). A Declara o e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Um plano para o progresso. 2015. Disponível em: <www.unicef.org>. Acesso em: 10 out. 2016.

80. URBANO, J. Estatística: uma nova abordagem. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2010. 530 p.

81. VETTORE, M.V; MARQUES, R.A.A.; PERES, M.A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SB Brasil 2010: abordagem multinível. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 47, p.29-39, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004422>.

82. VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis, Rio de Janeiro, v. 15, n. , p.225-264, dez. 2005.

83. VICTORA, C. Socioeconomic inequalities in Health: Reflections on the academic production from Brazil. *International Journal For Equity In Health*. v. 15, n. 1, p.1-3, 17 nov. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0456-z>.

84. WEBER, M. *Ensaio de sociologia*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

85. WHITEHEAD, M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, Liverpool, v. 6, n. 61, p.473-478, jun. 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 - Roteiro de entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais das Equipes de Saúde Bucal.



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (a ser aplicada aos profissionais de saúde das Equipes de Saúde Bucal - ESB)

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codinome:

2. Idade:

3. Sexo:

4. Fale da sua trajetória profissional (onde estudou, sua formação/escolaridade, profissão e qualificação profissional, escolhas, motivações e justificativas).

6. Fale sobre o seu tempo de experiência profissional (na profissão, na Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e na ESB).

Parte II – ENTREVISTA

Pense sobre o seu trabalho cotidiano, sobre o que acontece habitualmente em um dia de trabalho para responder as questões abaixo.

1. Motivação para trabalhar na Atenção Primária à Saúde (Por que você está trabalhando na Saúde da Família?).

2. Como é para você trabalhar na Saúde da Família?

3. Como é o seu dia de trabalho? (Me dê exemplos, me explique. Todo dia é igual, o que acontece de novo, como lida com o imprevisto).

4. Como é seu trabalho com a equipe de saúde bucal?

5. Quais ações de saúde bucal você realiza?

6. Como se organiza a atenção à saúde bucal na UBS? (quem, como, quando, como é feita a marcação).

7. Quais ações de promoção da saúde você desenvolve?

7.1 Você desenvolve estas ações com quem?

7.2 Em quais espaços?

8. Existem ações específicas de promoção de saúde bucal? Você desenvolve estas ações com quem? Em quais espaços?

8. 1 Como se dá a articulação com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?

8. 2 Como se dá a articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?

8. 3 Que ações são realizadas em parceria com outras organizações públicas e privadas (como por exemplo: igreja, escola, universidade, empresas, Organizações Não Governamentais - ONGs.)?

9. Como essas ações são planejadas? (quem planeja, quando, como, para quem, buscar, como são tomadas as decisões, quem participa da execução).

10. Como se dá a participação da comunidade nas ações desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS)?

11. De que ações de capacitação voltadas para a Promoção da Saúde você participou?

12. Quais as principais facilidades e dificuldades para a realização de ações de promoção de saúde?

13. Você leu a PNAB? PNSB? PNPS?

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Informado

O

Sr.(a) _____

está sendo convidado (a) para participar da *pesquisa* intitulada **"Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico"**, *desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília que está* pesquisando as formas de organização do processo de trabalho e as ações de promoção da saúde bucal das equipes da Estratégia Saúde da Família, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr.(a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre a história da organização das ações de promoção da saúde bucal e é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. Caso, o Sr.(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo, inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa.

 Assinatura pesquisadora

Declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **"Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico"**, *desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília* e aceito dela participar.

_____, ____/____/2014.

 Sujeito da Pesquisa

