

# EVOLUÇÃO DA COBERTURA EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS PARAIBANOS

## Evolution of the Family Health Strategy Oral Health coverage in municipalities in Paraíba

Igor Figueiredo Pereira<sup>1</sup>, Bianca Marques Santiago<sup>2</sup>,  
Carla Ramos de Oliveira<sup>3</sup>, Christopher Cadete de Figueiredo<sup>4</sup>, Diego Alves da Cunha<sup>5</sup>  
George Lins Dias de Sales<sup>6</sup>, Renata de Oliveira Cartaxo<sup>7</sup>, Ana Maria Gondim Valença<sup>8</sup>

### RESUMO

A institucionalização da Avaliação em Saúde vem crescendo nas últimas décadas no Brasil, contribuindo para a racionalidade das intervenções setoriais da gestão em saúde. Este estudo avaliou a evolução da cobertura em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em municípios paraibanos, classificando-os em três categorias: satisfatório, intermediário e insatisfatório, a partir de indicadores disponibilizados nos sistemas de informações, nos anos de 2004 a 2010. Para tanto, adotou-se uma abordagem indutiva com procedimento estatístico-comparativo e técnica de documentação indireta, utilizando os indicadores: cobertura populacional potencial, para Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). O universo constituiu-se dos 223 municípios do estado da Paraíba. Os dados foram analisados por meio do teste do Qui-Quadrado ( $p < 0,05$ ). Constatou-se um aumento significativo ( $p < 0,01$ ) da cobertura referente às ESF e ESB. A cobertura populacional potencial para ESF em 2004 foi satisfatória 77,13% ( $n=172$ ) dos municípios e em 99,10% ( $n=221$ ) no ano de 2010. Em relação à ESB, também satisfatória nos anos de 2004 e 2010, respectivamente, em 68,16% ( $n=152$ ) e 96,41% ( $n=215$ ) das localidades. Conclui-se que de 2004 a 2010, houve aumento no número de municípios paraibanos com cobertura populacional potencial satisfatória das ESF e das ESB.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

### ABSTRACT

The institutionalization of health assessment has been growing in recent decades in Brazil, contributing to the rationality of sectorial interventions in health administration. This study evaluated the evolution of oral health coverage in the Family Health Program in municipalities in Paraíba, classifying them into three categories: satisfactory, intermediate, and unsatisfactory, using indicators provided in information systems, between 2004 and 2010. To this end, we adopted an inductive approach with a comparative-statistical procedure and an indirect documentation technique, using the indicators: population coverage potential, for Family Health Teams (FHT) and Oral Health Teams (OHT). The universe consisted of the 223 municipalities in the state of Paraíba. Data were analyzed using the chi-square test ( $p < 0.05$ ). A significant increase ( $p < 0.01$ ) of coverage for the FHT and OHT was observed. The potential population coverage for the FHT was a satisfactory 77.13% ( $n=172$ ) of the municipalities in 2004, and 99.10% ( $n=221$ ) in 2010. In relation to the OHT, the coverage was also satisfactory in 2004 and 2010, respectively, in 68.16% ( $n=152$ ) and 96.41% ( $n=215$ ) of the localities. It is concluded that, from 2004 to 2010, there was an increase in the number of Paraíba's municipalities with satisfactory population coverage potential of the FHT and OHT.

**KEYWORDS:** Public Health; Primary Health Care; Family Health Program.

<sup>1</sup> Igor Figueiredo Pereira, cirurgião-dentista formado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: figueiredo\_igor@hotmail.com

<sup>2</sup> Bianca Marques Santiago, professora adjunta do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Saúde Pública pelo DINTER UFPB/Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

<sup>3</sup> Carla Ramos de Oliveira, cirurgiã-dentista formada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

<sup>4</sup> Christopher Cadete de Figueiredo, cirurgião-dentista formado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

<sup>5</sup> Diego Alves da Cunha, cirurgião-dentista formado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

<sup>6</sup> George Lins Dias de Sales, graduando do curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

<sup>7</sup> Renata de Oliveira Cartaxo, professora substituta do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

<sup>8</sup> Ana Maria Gondim Valença, professora do programa de pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

## INTRODUÇÃO

A Saúde, no Brasil, obteve mais visibilidade com a constituição de 1988, que a colocava como um direito de todos e um dever do Estado, operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos níveis federal, estadual e municipal, os gestores desse sistema vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando a Atenção Básica.<sup>1</sup>

O Programa Saúde da Família (PSF), formulado pelo Ministério da Saúde em 1994, que passou a se denominar Estratégia Saúde da Família (ESF), teve algumas concepções. Primeiramente, era voltado à atenção básica e primária, e, em seguida, passou para um modelo assistencial e de vigilância em saúde, para a reorganização desse modelo e da atenção básica.<sup>2</sup> Diferentes opiniões giram em torno do programa, como sua limitação na promoção da equidade e reforço à desigualdade, outros o colocam como uma reforma incremental no Sistema Único de Saúde (SUS), que altera a remuneração das ações e a remuneração dos serviços de Saúde, alterando a remuneração das ações de saúde e a organização dos serviços.<sup>3</sup>

O fato de a odontologia não estar presente desde o início do programa, possivelmente, acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal.<sup>4</sup> Analisar a trajetória e a implantação da saúde bucal é importante no entendimento da forma pela qual a odontologia se inseriu no processo atual da atenção básica.<sup>1</sup>

Em relação a esse aspecto, constata-se, em algumas localidades, a dificuldade de acesso ao serviço de Saúde Bucal, existindo uma grande demanda reprimida, fato que não possibilita a equidade e a integralidade da atenção em saúde bucal. Dessa forma, é evidenciada a necessidade de ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, na perspectiva de proporcionar uma melhor organização do processo de trabalho, de forma a alcançar maior resolubilidade da atenção básica.<sup>5</sup>

A inclusão da saúde bucal no ESF trouxe mais oportunidades de organização e planejamento da atenção básica, representando a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo atividades de saúde bucal, segundo os princípios e diretrizes do SUS.<sup>6</sup> Mesmo não estando prevista, nas suas diretrizes, a implantação da saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família, foi iniciada no ano de 1995, nos municípios de Curitiba (PR) e Distrito Federal.<sup>7</sup>

Desde que foi estabelecido o incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal na ESF, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil.<sup>1,8</sup> Apesar disso, pouco tem sido feito no sentido de

monitorar tal inclusão e avaliar seus impactos, o que pode ser constatado pela escassa literatura sobre esse tema.

Na verdade, os processos de avaliação e monitoramento dentro dos serviços de saúde são amiúde raros. De acordo com Bodstein et al.<sup>9</sup>, a avaliação em saúde ganha relevância a partir de 2000 em torno da metodologia de avaliação de desempenho proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Dessa maneira, um aspecto relevante a ser investigado, na perspectiva de identificar o cuidado e a atenção ofertada à população paraibana, seria acompanhar a implantação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família na Paraíba.

Com base no exposto, o presente estudo se propôs a analisar a evolução da cobertura em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em municípios paraibanos a partir de indicadores disponibilizados nos sistemas de informações, nos anos de 2004 a 2010.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

O presente estudo utilizou uma abordagem indutiva, com procedimento estatístico-comparativo e técnica de documentação indireta.<sup>10</sup> Foi analisada a implantação da saúde bucal na ESF nos 223 municípios do estado da Paraíba nos anos de 2004 a 2010, classificando-a em três categorias: satisfatória, intermediária e insatisfatória.<sup>11</sup> Para tanto, utilizaram-se os dados disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estado da Paraíba possui uma área de 56.469,466 km<sup>2</sup> e 223 municípios, dos quais 137 (61%) possuem uma população inferior a 10.000 habitantes. Em 2010, sua população totalizava 3.766.528 habitantes, com uma densidade demográfica de 66,70 hab/km<sup>2</sup> e apresentava um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,718. Os dez municípios mais populosos são: João Pessoa (723.514 habitantes), Campina Grande (385.276 habitantes), Santa Rita (120.333 habitantes), Patos (100.695 habitantes), Bayeux (99.758 habitantes), Sousa (65.807 habitantes), Cajazeiras (58.437 habitantes), Cabedelo (57.944 habitantes), Guarabira (55.340 habitantes) e Sapé (50.143 habitantes).<sup>12</sup>

Em se tratando dos indicadores utilizados na avaliação de programas e serviços de saúde, o indicador de cobertura geralmente é proposto para início de estudo.<sup>13</sup> Assim, a definição de indicadores de cobertura válidos e precisos deveria representar uma etapa fundamental do monitoramento e avaliação de saúde e pré-condição para o desenvolvimento dos estudos de efetividade. No Brasil, tem-se adotado uma estimativa para o cálculo da popula-

ção coberta a partir de um parâmetro nacional único: o número médio estimado de pessoas acompanhadas por uma equipe de saúde da família (3.450 pessoas).<sup>11</sup>

Portanto, para o cálculo da cobertura populacional potencial, no presente estudo, utilizou-se a proposta do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, na qual o número de residentes no município se dá de acordo com os dados do IBGE, pela fórmula:

$$\text{Cobertura Populacional Potencial (CPP)} = \frac{\text{Número de equipes} \times 3.450}{\text{Número de residentes no município}} \times 100$$

Com base no resultado da cobertura populacional potencial (CCP), a classificação adotada considerou: a) Baixa cobertura, quando a CPP apresentou valor igual ou menor

## RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra que, para a Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2004, 172 (71,13%) municípios paraibanos apresentavam uma cobertura satisfatória. Esse valor aumentou significativamente no ano de 2005, passando para 218 (97,6%) municípios, verificando-se uma expressiva diminuição das localidades com cobertura intermediária, que eram em 46 (20,62%) em 2004, decrescendo para 2 (0,89%) municípios em 2005. A cobertura

que 50%; b) Média cobertura, nas situações em que o valor encontrado para a CPP se situava entre 51% e 69%; c) Alta cobertura, diante da CPP maior ou igual a 70%.

Os dados foram analisados descritivamente, para os indicadores cobertura populacional potencial da equipe de saúde da família e cobertura populacional potencial de equipe de saúde bucal, isolados e agregados, nos anos da pesquisa (2004 a 2010), a fim de classificar os municípios conforme sua implantação.

Para a análise inferencial, utilizou-se teste Qui-Quadrado, com 95% de confiança ( $p$ -valor  $<0,05$ ), a fim de avaliar se os valores registrados para a classificação da CPP da ESF e da ESB apresentavam diferenças significativas no período considerado (2004 a 2010). Para a realização da análise dos dados, utilizou-se o programa SPSS 17.0.

insatisfatória foi a menos observada ao longo dos anos estudados, sendo mais frequente no ano de 2006, com oito dos municípios (3,59%). Em 2010, constatou-se que 218 localidades (99,10%) apresentavam cobertura satisfatória enquanto a cobertura insatisfatória foi registrada em apenas dois municípios, correspondendo a 0,89%. Esses achados evidenciam um aumento signifiante ( $p < 0,05$ ) na implantação da ESFs nos municípios paraibanos, no período estudado.

**Tabela 1** - Classificação do indicador “cobertura populacional potencial de ESF” nos municípios paraibanos no período de 2004 a 2010.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Alta</b>	172 (71,13%)	218 (97,76%)	211 (94,62%)	221 (99,10%)	219 (98,2%)	221 (99,10%)	221 (99,10%)
<b>Média</b>	46 (20,62%)	2 (0,89%)	4 (1,79%)	1 (0,45%)	3 (1,34%)	2 (0,90%)	0,0 (0,00%)
<b>Baixa</b>	5 (2,24%)	3 (1,34%)	8 (3,59%)	1 (0,45%)	1 (0,45%)	0,0 (0,00%)	2 (0,89%)
<b>Total</b>	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)

Teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

Fonte: dados da pesquisa.

No que concerne às equipes de saúde bucal (ESB), as diferenças na cobertura populacional potencial da ESB nos municípios paraibanos, entre 2004 e 2010, mostraram-se significantes ( $p < 0,05$ ). No ano de 2004, a cobertura alta aparecia em 152 (68,16%) municípios enquanto a cobertura média foi registrada em 60 (26,90%) localidades,

conforme visualizado na Tabela 2. Em 2005, 188 (84,30%) municípios apresentaram a cobertura alta, ocorrendo um decréscimo das localidades com cobertura intermediária, que foi identificada em 18 (8,07%) cidades. No intervalo correspondente entre os anos de 2004 a 2006, a cobertura insatisfatória elevou-se de 11 municípios (4,49%), em

2004, para 18 (8,07%), em 2006. No ano de 2010, a cobertura alta atingiu 215 (96,4%) municípios paraibanos.

**Tabela 2** - Classificação do indicador “cobertura populacional potencial de ESB” nos municípios paraibanos no período de 2004 a 2010.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Alta</b>	152 (68,16%)	188 (84,3%)	195 (87,44%)	205 (91,93%)	160 (71,74%)	210 (94,17%)	215 (96,40%)
<b>Média</b>	60 (26,9%)	18 (8,07%)	10 (4,48%)	8 (3,59%)	57 (25,56%)	8 (3,59%)	2 (0,89%)
<b>Baixa</b>	11 (4,93%)	16 (7,17%)	18 (8,06%)	10 (4,48%)	6 (2,69%)	5 (2,24%)	6 (2,69%)
<b>Total</b>	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)	223 (100%)

Teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 3, são visualizados os achados da CPP da ESF e da ESB, para as dez cidades mais populosas da Paraíba. Constata-se que Campina Grande, mesmo sendo a segunda maior cidade do Estado, apresentou, em todos os anos avaliados, uma cobertura populacional potencial baixa para as ESB. Porém esse valor vem aumentando

gradativamente, chegando ao maior percentual em 2010, correspondendo a uma cobertura de 35,3%. Nas demais localidades, não foi constatada variação expressiva. Considerando todos os municípios, essas diferenças não se mostraram significantes ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 3** - Classificação do indicador “cobertura populacional potencial de ESF” e “cobertura populacional potencial de ESB” nos dez municípios paraibanos mais populosos nos anos de 2004 e 2010.

Municípios	ESF		ESB	
	2004	2010	2004	2010
<b>João Pessoa</b>	98,75	89,60	100,00	89,10
<b>Campina Grande</b>	47,19	82,31	20,80	35,30
<b>Santa Rita</b>	78,89	100,73	90,20	100,70
<b>Patos</b>	100,00	100,76	100,00	100,00
<b>Bayeux</b>	100,00	100,76	100,00	100,80
<b>Sousa</b>	100,00	100,55	100,00	100,60
<b>Cajazeiras</b>	86,60	89,80	100,00	89,80
<b>Cabedelo</b>	100,00	101,50	100,00	101,60
<b>Guarabira</b>	93,10	100,78	79,80	100,80
<b>Sapé</b>	99,90	100,00	100,00	94,00

Teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

AESF trouxe mudanças, pois possui especificidades que fogem à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Promovendo a integração em um território definido, com o objetivo

de solucionar problemas específicos, desenvolvendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS.<sup>1</sup>

Torna-se importante ressaltar que, após a implantação do SUS, houve expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas, promovendo mudanças no

modelo vigente e dificuldade de persistência do modelo anterior, que se caracterizava, entre outros aspectos, pela superposição da oferta de algumas ações, insuficiência de outras e pouca integração entre os serviços.<sup>14</sup>

Contudo deve-se destacar que, mesmo a ESF tendo grande influência nos mecanismos de promoção da saúde e prevenção de doenças, sua capacidade de alteração do modelo assistencial não tem alcançado o mesmo sucesso. Nessa perspectiva, a ESF não garantiu, de forma sistemática, o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde nem a universalização da cobertura.<sup>15</sup>

Diante dessas afirmações, o presente estudo teve o propósito de analisar a evolução da atenção básica na Paraíba, de forma a compreender como se estabeleceu a expansão da oferta de serviços nos seus diferentes municípios, partindo do indicador de Cobertura Populacional Potencial. Estudos que se propõem a analisar a efetividade de programas e serviços de saúde, normalmente, iniciam essa análise mediante coleta do indicador cobertura, pois se quantifica tanto a existência quanto a implantação do serviço perante o território e a população.<sup>13</sup> Por essa razão, no presente trabalho, selecionou-se esse indicador.

A análise realizada permitiu conhecer, independentemente e em conjunto, como se comportaram os municípios pesquisados do Estado da Paraíba em relação à implantação da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da família nos anos de 2004 a 2010.

Avaliando-se a cobertura, percebeu-se que as mudanças operadas entre 2004 e 2010 evidenciam um aumento de 71,13% para 99,10% no número de municípios com alta cobertura populacional potencial para o número de ESF perante a população encontrada nos referidos anos (Tabela 1). Essa ampliação significativa na cobertura pode ser explicada por alguns motivos como o grande número de municípios de pequeno porte e população não numerosa e o aumento do incentivo financeiro oferecido aos municípios por ESF implantada.<sup>16</sup> Em adição, em municípios pequenos, altas coberturas populacionais podem ser obtidas com instalação de pequeno número de equipes, significando, para muitos deles, expansão de serviços básicos.<sup>17</sup> Esses fatos podem justificar o expressivo número de municípios com CPP alta, uma vez que 67% deles possuem população menor que 10.000 habitantes. Vale salientar que, em 2004, 18,3% e, em 2010, 15,4% de municípios apresentavam população abaixo do número usado como padrão para cobertura por uma ESF (3.450). Tal situação contribuiu para o expressivo número de municípios com cobertura satisfatória.

Avaliando-se a cobertura das ESBs, percebeu-se que as mudanças operadas entre 2004 e 2010 resultaram em um aumento de municípios com alta cobertura populacional

potencial – de 68,16% para 98,40% nesses anos (Tabela 2).

No ano de 2010, 218 municípios apresentaram uma cobertura satisfatória, (99,1%), para ESF. Já para ESB, esse número foi de 215 municípios com cobertura alta, (96,4%), o que denota a ampliação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba, expansão esta também observada em outros estados como Pernambuco<sup>1</sup>, Mato Grosso<sup>2</sup> e Paraná.<sup>4</sup> Contudo constata-se que resultados tão favoráveis não foram registrados em todos os estados da federação, como no caso do Rio de Janeiro que, até o ano de 2007, 30 dos seus municípios não possuíam cobertura de ESB e os 62 restantes apresentavam percentual de cobertura de 17,43% da população do estado.<sup>18</sup>

A partir da efetivação e do incentivo financeiro à ESB ao final de 2000, o acesso da população às ações de saúde bucal ampliou-se, as práticas foram orientadas em consonância com o preconizado para a Estratégia Saúde da Família, bem como o envolvimento de gestores (estaduais e municipais) contribuiu para a real implantação do programa.<sup>1</sup>

A atual Política Nacional de Saúde Bucal tem como um de seus pressupostos, do ponto de vista assistencial, a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica. O aumento do incentivo financeiro, concedido pelo Ministério da Saúde, para a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, nesses últimos anos, é reflexo da sua relevância no novo momento político do Brasil.<sup>19</sup> Os esforços do governo federal para consolidar a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) aumentaram os incentivos repassados à saúde bucal em torno de 390%, tornando-se evidente que o Programa Saúde da Família, de fato, evoluiu de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeitos positivos na integralidade.<sup>1</sup>

Constata-se, mediante os achados do presente estudo que essa evolução ocorreu também na Paraíba, estado no qual a implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família sofreu expressiva ampliação, sendo elevado o número de municípios paraibanos que, no momento atual, apresentam cobertura satisfatória.

## REFERÊNCIAS

1. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DM, Cabral AP, Pimental FC, Monteiro IS, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 jan; 16(1):211-20.
2. Canesqui, AM, Spinelli, MAS. A implementação do

- Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 abr; 24(4):862-70.
3. Viana AL, Dal Poz MR. PSF: um instrumento de reforma do SUS? *Physis*. 2005; 15(1): 225-64.
  4. Baldani MH. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005 jul-ago; 21(4):1026-35.
  5. Rodrigues AAO, Bonfim LS. Saúde bucal no programa saúde da família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. *Rev APS*. 2010 jan./mar; 13(1): 96-108.
  6. Zanetti CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: saúde bucal da família com equidade e integralidade. Brasília: UnB; 2000.
  7. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Col*. 1999 jan./mar; 2(1): 8-14.
  8. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. 2004. [Citado 2012 abr. 12.] Disponível em: [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal).
  9. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jun-set; 11(3): 725-31.
  10. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2009. p. 315.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2001.
  12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Contagem da População. Brasília. [Citado 2012 abr. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
  13. Aquino R, Barreto M L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad Saúde Pública*. 2008 abr; 24(4): 905-14.
  14. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do SUS. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Artmed; 2003. P.28-49.
  15. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(supl); 163-71.
  16. Mattos RA. O Incentivo ao Programa Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis*. 2002 jan/jun; 12(1): 77-108.
  17. Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: Sousa MF, organizador. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 135- 51.
  18. Maia, LS, Kornis GEM. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. *Rev APS*. 2010 jan./mar;13(1): 84-95.
  19. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2727-39.

---

Submissão: setembro/2012

Aprovação: abril/2013

---