

## Configuración de la cobertura de salud bucal brasileira y el acceso de la población al servicio público odontológico

## Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico

## Brazilian oral health coverage characteristics and the populational access to public dental services

Recibido: 19/03/2017

Aprobado: 06/12/2017

Publicado: 05/04/2018

Raphael Cavalcante Costa<sup>1</sup>  
Isabella Lima Arrais Ribeiro<sup>2</sup>  
Larycia Vicente Rodrigues<sup>3</sup>  
Ana Maria Gondim Valença<sup>4</sup>

El objetivo de este estudio fue analizar la cobertura de salud bucal brasileira y el acceso de la población al servicio público odontológico entre los años de 2008 y 2012. Se trata de un estudio ecológico, comparativo-descriptivo, por documentación indirecta. En el periodo evaluado, el Noreste presentó mayor promedio de ESBs (64,0); seguido de las regiones Sur (56,0); Centro-Oeste (53,0); Norte (44,0) y Sureste (43,0). La región Noreste concentra los mayores promedios poblacionales que nunca realizaron consulta odontológica, pero esta es la región que presenta la mayor oferta de servicio público odontológico. Se verificó la diferencia entre la proporción de la población que nunca realizó consulta odontológica y la proporción de la población con cobertura de plan de salud ( $p=0,009$ ). El acceso y la utilización de los servicios públicos de salud bucal por la población brasileira, en las diferentes regiones geoeconómicas, así como la cantidad de equipos de salud bucal es desigual, habiendo mayor búsqueda por la atención en salud bucal entre los usuarios que poseen plan de salud privado, que pertenecen al sexo femenino y residen en el área urbana.

**Descriptor:** Estrategia de Salud Familiar; Salud bucal; Accesibilidad a los servicios de salud.

O objetivo deste estudo foi analisar a cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico entre os anos de 2008 e 2012. Trata-se de um estudo ecológico, comparativo-descriptivo, por documentação indireta. As médias de Equipes de Saúde Bucal (ESB) do serviço público brasileiro variam de acordo com as regiões. No período avaliado, o Nordeste apresentou maior média de ESBs (64,0); seguido das regiões Sul (56,0); Centro-Oeste (53,0); Norte (44,0) e Sudeste (43,0). A região Nordeste concentra as maiores médias populacionais que nunca realizaram consulta odontológica, mas essa é a região que apresenta a maior oferta de serviço odontológico. As menores médias concentram-se no Sul, que após o Nordeste é a região com maior oferta de serviço público odontológico. Verificou-se diferença entre a proporção da população que nunca realizou consulta odontológica e a proporção da população com cobertura de plano de saúde ( $p=0,009$ ). O acesso e a utilização dos serviços públicos de saúde bucal pela população brasileira, nas diferentes regiões geoeconômicas, bem como a quantidade de equipes de saúde bucal é desigual, havendo maior procura pela atenção em saúde bucal entre os usuários que possuem plano de saúde privado, que pertencem ao sexo feminino, e residem na área urbana.

**Descriptor:** Estratégia de Saúde da Família; Saúde bucal; Acesso aos serviços de saúde.

The aim of this study was analyzing the Brazilian oral health coverage and the population access to the odontological public service between 2008 and 2012. It is an ecological and comparative-descriptive study, made from indirect records. The means of the Oral Health Teams (OHTs) in the Brazilian public services varied according to the regions. In the evaluated period, the Northeast presented higher OHT means (64.0); followed by the South (56.0); Midwest (53.0); North (44.0) and Southeast (43.0). The Northeast region has the highest number of population means who never underwent odontological consultations, even though this is the region with the highest offer of odontological services. The lowest means are concentrated in the South, which, after the Northeast, has the highest offer of public odontological services. There was a difference between the proportion of people who never underwent odontological consultations and those who have health insurances ( $p=0.009$ ). The access and use of public oral health services by the Brazilian population, in the different geo-economic regions, as well as the amount of oral health teams is unequal. Those who have private health insurances, are female and live in urban areas are the ones who seek oral health care the most.

**Descriptor:** Family Health Strategy; Oral health; Health services accessibility.

<sup>1</sup> Graduando en Odontología por la Universidad Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-0002-1333-5227 E-mail: raphaelcavalcante\_@hotmail.com

<sup>2</sup> Cirujana Dentista. Doctora en Modelos de Decisión y Salud. João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-001-6538-6811 E-mail: isabella\_arrais@yahoo.com

<sup>3</sup> Enfermera. Especialista en Hematología y Hemoterapia. Especialista en Vigilancia Sanitaria. Magister en Modelos de Decisión y Salud. Doctoranda en Modelos de Decisión y Salud por la UFPB. Enfermera del Hospital Universitario Dr. Washington Antonio de Barros, João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-0002-4905-8161 E-mail: larycia\_rodrigues@hotmail.com

<sup>4</sup> Cirujana Dentista. Magister y Doctora en Odontología. Profesora Titular de los Programas de Pos Graduación en Modelos de Decisión y Salud y Programa de Pos Graduación en Odontología y del Departamento de Clínica y Odontología Social de la UFPB, João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-0001-8460-3981 E-mail: anaval@terra.com.br

## INTRODUCCIÓN

La implantación de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), en 1994, fue un intento de tornar el modelo de salud más universal, integral, participativo y descentralizado. Desde su creación, ha impactado en mejoría en la salud pública de Brasil. Inicialmente, el programa estaba compuesto por un equipo integrado de médicos, enfermeros, técnicos y agentes comunitarios de salud<sup>1</sup>.

Siguiendo el eje de la Integralidad del Sistema Único de Salud (SUS), así como la demanda, el aumento del número de profesionales y su actuación previa en algunos programas, el cirujano-dentista fue admitido a partir de 2000, por medio de las ordenanzas nº 1.444 y nº267/2001 del Ministerio de la Salud, como integrante del equipo multiprofesional del PSF, el cual tuvo su práctica auxiliada por incentivos financieros y estructurales para expansión y mejoría de la salud bucal en el país<sup>2-4</sup>.

Posteriormente, pautado en las directrices de la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), y como forma de consolidación de la atención secundaria en odontología, surge en 2004 el Programa Brasil Sonriente, mediante implantación de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's)<sup>5,6</sup>.

Desde entonces, la salud bucal viene actuando en la atención básica y especializada, aproximando la práctica odontológica de la población más carente y necesitada. Concomitantemente, viene mejorando aspectos de la práctica odontológica, como la disminución de la prevalencia de caries en las denticiones decidua y permanente y la consecuente reducción de la pérdida precoz de dientes, así como ha sido ampliado el acceso al diagnóstico precoz de enfermedades bucales<sup>7,8</sup>.

Sin embargo, aún se verifica que hay fragilidades en el acceso a los servicios públicos de salud bucal, además de dificultades inherentes al sistema, como la falta de insumos, o de servicios aún no ofrecidos en el ámbito del SUS. Por otro lado, ha ocurrido el aumento en el número de usuarios cubiertos por planes de salud

privados, que, indirectamente, buscan el servicio odontológico por esa vía<sup>7,9,10</sup>.

Según la Investigación Nacional de Muestra por Domicilio (INMD), estos usuarios están desigualmente distribuidos entre las regiones brasileras, presentando una mayor concentración en la región Sureste y viviendo predominantemente en domicilios urbanos<sup>11</sup>. No obstante, no toda la población tiene acceso a este tipo de servicio y depende de las acciones vinculadas al SUS<sup>10</sup>.

Así, el objetivo de este estudio fue analizar la cobertura de salud bucal brasileira y su relación con el acceso de la población al servicio público odontológico, entre los años de 2008 a 2012.

## MÉTODO

Se realizó un estudio ecológico, con abordaje inductivo, procedimiento comparativo-descriptivo y técnica de documentación indirecta<sup>12</sup>. Fueron considerados los datos referentes a la cobertura de salud bucal y su relación con el acceso de la población brasileira al servicio público odontológico.

Se siguieron los grupos etarios previamente preconizados por el sistema de información, de 0 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 años o más, considerando las cinco regiones brasileras, el sexo, el ingreso y la localización.

Los datos fueron obtenidos a partir de los registros contenidos en el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) en el período de 2008 a 2012<sup>13</sup>. Fueron filtrados los datos referentes al número de Equipos de Salud Bucal (ESB), a la población que nunca realizó consulta odontológica, a los usuarios que realizaron la última consulta hace menos de un año, y a la tasa poblacional cubierta por planes privados de salud.

Después de la colecta, el programa Microsoft Office Excel® fue utilizado para tabulación de los datos, que fueron posteriormente exportados al programa IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 20.0.

Los datos fueron tratados y analizados de manera descriptiva — disponiendo los

resultados obtenidos en forma de gráficos y tablas con frecuencias absolutas y porcentajes — e inferencial, a partir del test Chi-Cuadrado, para evaluar la asociación entre las variables, adoptándose un nivel de significancia de  $\alpha=5\%$ .

Todos los valores encontrados en las bases de datos son presentados en promedios aritméticos. Como estos son datos secundarios, se optó por mantener la medida de dispersión adoptada inicialmente, para evitar alteraciones y distorsión de los resultados. La ausencia de estas informaciones en otros sistemas de información también fue uno de los factores de elección de estos datos en esta plataforma.

## RESULTADOS

Los promedios de ESB del servicio público brasileiro varían de acuerdo con las regiones. En el período de 2000-2012, el Noreste presentó un mayor promedio de ESBs (64,0); seguido de las regiones Sur (56,0); Centro-

Oeste (53,0); Norte (44,0); y Sureste (43,0). Con esta distribución desigual del servicio odontológico ofrecido a la población, se debe considerar la organización y oferta de profesionales, disponibilidad de servicio y cantidad de usuarios por región.

Con base en las informaciones contenidas en la Tabla 1, se puede observar que los mayores promedios poblacionales que refieren nunca haber realizado una consulta odontológica son, en todas las variables, de la región Noreste, que antagónicamente es la región que presenta una mayor oferta de servicio odontológico.

Esta población analizada es predominantemente del sexo femenino (19,6); de vivienda urbana (26,5); con grupo de hasta 0,74 salario mínimo y frecuentemente en cualquier grupo etario. Los menores promedios se concentraron en el Sur que, después del Noreste, es la región que presenta una relevante cantidad de ESB.

**Tabla 1.** Promedios poblacionales de las regiones brasileiras, en el periodo de 2008 a 2012, que nunca realizaron consulta odontológica. De acuerdo con sexo, grupo etario, localización e ingreso.

Variables	Norte	Noreste	Sureste	Sur	Centro-Oeste
<b>Sexo</b>					
Masculino	16,0	15,5	7,8	7,0	9,1
Femenino	18,3	19,6	9,2	8,2	10,4
<b>Localización</b>					
Urbano	24,0	26,5	12,1	9,6	13,1
Rural	15,2	14,1	8,1	7,1	9,2
<b>Grupo Etario (años)</b>					
0 a 9	59,3	62,2	46,7	41,0	44,4
10 a 19	13,6	17,5	5,5	4,2	6,1
20 a 39	3,8	5,0	1,6	1,4	2,2
40 a 59	3,3	4,2	1,3	1,5	2,0
60 años o más	5,7	6,5	2,6	2,6	3,6
<b>Ingreso Familiar (SM)*</b>					
0 a 0,74	23,4	22,5	15,5	15,0	15,9
0,75 a 1,99	9,0	7,5	6,3	5,3	6,9
2 o más	4,2	3,9	2,8	2,5	3,1
Sin declaración	15,2	15,4	5,1	6,4	8,3

\*Salario Mínimo (SM): análisis con base en el salario mínimo de R\$ 622,00 correspondiente al período del estudio.

En la Tabla 2, se observan los promedios poblacionales de los usuarios que realizaron consulta odontológica en el intervalo de menos de 1 año. En relación a la periodicidad del servicio, la búsqueda mayor es por parte de la población femenina de la

región Sur (50,5); de vivienda urbana (49,5); y en todos los grupos etarios. La población masculina de la región Norte es la que presenta mayor ausencia del servicio, caracterizándose como de vivienda urbana (34,9); y el grupo etario de 60 años o más.

**Tabla 2.** Promedios poblacionales de las regiones brasileras, en los años de 2008 a 2012, cuya última consulta odontológica fue hace menos de un año, de acuerdo con sexo, grupo etario y localización.

Variables	Norte	Noreste	Sureste	Sur	Centro-Oeste
<b>Sexo</b>					
Masculino	30,2	31,5	39,4	45,4	39,6
Femenino	35,6	38,0	44,7	50,5	44,9
<b>Localización</b>					
Urbano	34,9	38,4	42,6	49,5	43,5
Rural	25,8	25,4	36,6	41,1	34,5
<b>Grupo Etario (años)</b>					
0 a 9	27,5	26,9	39,3	45,5	40,8
10 a 19	43,7	44,5	53,2	62,4	51,8
20 a 39	37,8	43,5	48,2	55,1	47,0
40 a 59	26,0	29,0	38,4	42,3	37,2
60 años o más	10,2	13,1	22,7	24,9	20,8

\*Salario Mínimo (SM): análisis con base en el salario mínimo de R\$ 622,00 correspondiente al período del estudio.

Al considerarse la tasa poblacional cubierta por planes de salud (Tabla 3), se verifica que hay una ligera diferencia en cuanto al sexo, siendo mayor el número de usuarios del sexo femenino, comparado al masculino; además de una mayor concentración de usuarios en el grupo etario

de 40-60 años de edad y residentes urbanos, para todas las regiones del país.

Se observó que hay una diferencia significativa entre la proporción de la población que nunca realizó consulta odontológica y la proporción de la población con cobertura de plan de salud ( $p=0,009$ ).

**Tabla 3.** Promedios poblacionales de las regiones brasileras, en el período de 2008 a 2012, para la cobertura por planes privados de salud. De acuerdo con el sexo y grupo etario.

Variables	Norte	Noreste	Sureste	Sur	Centro-Oeste
<b>Sexo</b>					
Masculino	12,7	12,4	34,7	29,1	23,3
Femenino	13,8	13,9	36,5	30,9	25,9
<b>Grupo Etario (años)</b>					
0 a 9	10,4	10,2	32,5	26,4	21,1
10 a 19	10,9	9,9	30,3	24,6	20,5
20 a 39	14,8	14,6	37,6	31,8	25,2
40 a 59	17,6	17,2	36,6	33,3	30,0
60 años o más	15,0	15,1	38,3	31,9	30,9

\*Salario Mínimo (SM): análisis con base en el salario mínimo de R\$ 622,00 correspondiente al período del estudio.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación, los usuarios de las cinco regiones geoeconómicas de Brasil fueron analizados con el fin de incluir las diferentes poblaciones, culturas y creencias del mestizo país continental, que puedan influir en el acceso y comunicación con el sistema<sup>14</sup>.

Todos los grupos etarios están presentes, para que enfermedades más frecuentes en determinados períodos de la vida no sean excluidas, además de eso, las edades estandarizadas por la OMS para

medición de algunos índices (5 y 12 años) también están en análisis<sup>15</sup>.

La población brasileira se encuentra dividida por zona de vivienda, urbana o rural, de forma que la localización y la dificultad de acceso al servicio deben ser tomadas en cuenta en el estudio del acceso a los servicios ofrecidos por el SUS. Además de eso, el ingreso puede influir en la salud, de forma que todos estos datos deben ser incluidos, para que sean contemplados los objetivos de un estudio como el que aquí es presentado<sup>16</sup>.

Se observa que el número de ESBs varía entre las regiones brasileras, no obstante, se resalta que la cantidad de municipios, número de unidades de la Estrategia Salud de la Familia, de usuarios y profesionales disponibles para cada región es diferente.

No es sensato, que la región Noreste, con la segunda mayor población, y tercer mayor territorio y PIB, presente condiciones socioeconómicas o inclusive necesidad de tener disponible la misma cantidad de ESBs que la región Sur, por ejemplo, con menor cobertura territorial y PIB mucho mayor que el Noreste<sup>17</sup>. Sin embargo, los datos no especifican la distribución de estas ESB por estados y municipios y eso es otro factor que puede influir en el acceso y periodicidad de usuarios a los servicios<sup>18</sup>.

La distribución de estos cirujanos dentistas se muestra de manera desigual en el territorio brasiler, mayoritariamente, concentrándose en las capitales y grandes centros urbanos, dejando a la deriva a los usuarios de la población rural. A pesar de este aspecto, el factor localización no muestra grandes dificultades para utilización del servicio público<sup>2</sup>.

No obstante, aún son escasos los estudios que comprueban el acceso de la población rural al servicio odontológico<sup>19</sup>. Se puede presuponer que estos usuarios utilizan servicios urbanos para subsanar sus necesidades cuando fuere necesario, independientemente del tipo, sean estos públicos o privados.

La región Noreste se presenta con una visible inequidad relacionada a la oferta y a la utilización de los servicios públicos odontológicos.

Este hecho puede ser probablemente explicado por las mayores dificultades socioeconómicas de la región en relación a las demás, en la cual la población en todos los grupos etarios, con las menores condiciones financieras, debe priorizar aspectos como alimentación y vivienda, y con eso la salud bucal pasa a ser preferencia solo en momentos de dolor o malestar. Como resultado, la búsqueda viene a ser por procedimientos rehabilitadores y la

búsqueda por prevención permanece ausente<sup>20</sup>.

En el Sur, además de los mayores promedios de ESB, hay también un gran número poblacional cubierto por planes de salud. Con eso, esta región se destaca por presentar el menor número de usuarios que nunca visitaron el servicio odontológico ofrecido por el SUS.

Sin embargo, la presencia del financiamiento privado de salud puede no explicar la ausencia de los usuarios del servicio público. Pues, muchas empresas prestadoras de servicio privado de salud no ofrecen servicios odontológicos a sus usuarios. Con esto, muchos buscan principalmente acciones de la atención básica para procedimientos de fácil resolutivez en el ámbito público<sup>10</sup>.

En las demás regiones, se puede verificar que los resultados se mantienen homogéneos, siendo las mujeres, de ingresos bajos, de los distintos grupos etarios, de vivienda urbana, las que nunca utilizaron los servicios odontológicos ofrecidos por el SUS.

Tal vez la acumulación de funciones destinadas al sexo femenino en los días actuales, así como la falta de tiempo disponible conforme con los horarios de atendimientos de los servicios, además de la priorización de la salud de los hijos, principalmente en el caso de gestantes, pueden ser puntos relevantes que puedan justificar tal ausencia y periodicidad de búsqueda del cirujano dentista<sup>21</sup>.

La utilización del servicio público puede ser guiada por diferentes perfiles de atendimento, sea este pautado en métodos preventivos a ser realizados en la atención básica, en métodos curativos e, inclusive, en la utilización como puerta de entrada para consultas especializadas, como las ofrecidas en los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's)<sup>6,22</sup>.

Este tipo de servicio ofrecido puede influir directamente en los retornos y periodicidad del usuario a los consultorios odontológicos, considerando que la atención básica debe realizar su papel de ordenadora del cuidado, concientizando al paciente en la perspectiva de su acompañamiento y no

abandono del tratamiento, proporcionando continuidad al cuidado en salud y posibilitando el funcionamiento armónico del sistema<sup>1</sup>.

Otras medidas preventivas implantadas por la esfera administrativa, como por ejemplo, la fluoración de las aguas de abastecimiento, consolidación de programas educativos en las escuelas, visitas domiciliarias por las ESBs y levantamientos epidemiológicos, hacen que los índices de enfermedades que afectan a los usuarios hayan retrocedido y, consecuentemente, disminuya la búsqueda y la periodicidad de las idas a los servicios<sup>23</sup>.

A pesar de todos los cambios y concientización hechos por parte de los profesionales y administradores, la principal búsqueda por el cirujano dentista aún ocurre en cuadros de dolor, siendo que, aunque ya exista el acceso público al tratamiento endodóntico y restaurador, aún son comunes las Exodoncias, con extensas pérdidas dentales siendo verificadas entre los usuarios<sup>24</sup>.

Los hallazgos del presente estudio demuestran que la búsqueda por servicios odontológicos es mayor entre usuarios cubiertos por planes de salud. Tal situación podría ser atribuida al hecho de que estos individuos busquen la atención en salud de una forma general, comprenden la importancia de la salud bucal, y perciben necesitar el tratamiento odontológico, no siendo este incluido en la mayoría de las veces en los planes. Estos usuarios buscan el servicio público para atender sus demandas por atención en salud bucal.

El número de usuarios que nunca visitaron al cirujano dentista se muestra heterogéneo en las distintas regiones del país. Muchas veces, la estructuración de los horarios de atendimientos de la ESF no concuerda con la del paciente, que en la mayoría de los casos no puede dejar de trabajar para ir a la consulta, la oferta de los servicios en los turnos nocturnos y fines de semana, la facilidad en marcar una consulta, si es o no posible marcarla en menos de 24 horas o en tiempo hábil para el tratamiento, si el agendamiento puede ser hecho a través

de llamada telefónica, el tiempo de espera para el atendimento, si presenta equipamientos adecuados para diagnósticos e, inclusive, medicamentos para el tratamiento eficaz, todos estos factores pueden influir de forma progresiva o no para que el acceso de la población brasileira a la atención en salud bucal sea ampliado<sup>8,25</sup>.

Los datos utilizados en el presente trabajo están disponibles por el Ministerio de Salud y son obtenidos de forma rápida a partir de consultas en el DATASUS, pero una de las limitaciones del estudio se refiere al hecho de que estas informaciones son datos secundarios, que no garantizan confiabilidad y precisión de los resultados, dado que los casos de errores de notificación o contabilización no pueden ser excluidos.

A pesar de tal limitación, los estudios ecológicos, que hacen uso de datos obtenidos a partir de sistemas de información, no deben ser descartados, pues son relevantes para el planeamiento y la organización de los servicios de salud, posibilitando orientar estrategias y acciones de intervención en la perspectiva de ampliar y mejorar la oferta de la atención en salud bucal e impactar positivamente en indicadores epidemiológicos.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan que el acceso y la utilización de los servicios públicos de salud bucal por la población brasileira, en las diferentes regiones geoeconómicas, así como la cantidad de equipos de salud bucal, es desigual, habiendo mayor búsqueda por la atención en salud bucal entre los usuarios que poseen plan de salud privado, que pertenecen al sexo femenino, y son residentes en el área urbana.

## REFERENCIAS

1. Fonseca LE, Figueiredo MCB, Porto CSBM. Management of Primary Care: a challenge for international cooperation in health. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(7):2287-94.
2. Neves M, Giordani JM, Ferla AA, Hugo FN. Odontologia de cuidados primários no Brasil: da Prevenção ao cuidado integral. *J Ambul Care Manage.* 2017; 40(Supl 2):35-48.

3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. D.O.U., Brasília, DF, 29 dez 2000. Seção 1, p. 85.
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Brasília, DF, n. 119, 7 mar 2001. Seção 1, p. 67.
5. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2014; 19(9):3879-88.
6. Silva HECD, Gottens LBD. The interface between primary and secondary care in dentistry in the Unified Health System (SUS): an integrative systematic review. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2017; 22(8):2645-57.
7. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(Supl1):58-68.
8. Limão NP, Protasio APL, Machado LS, Gomes LB, Valença AMG. Oferta da assistência odontológica especializada na atenção básica do Brasil, Nordeste e Paraíba. *REFACS (online)*. 2017 [citado em 12 ene 2017]; 5(Supl.1):131-40. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1987/2029>.
9. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMFPD. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de prestação de serviços. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1031-44.
10. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Private health care coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2017; 22(1):179-90.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [201-] [citado em 20 feb 2017]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/lis tabl.asp?z=pnad&o=10&i=P&c=2494>
12. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da metodologia científica. 8 ed. São Paulo: Atlas; 2017.
13. Ministério da Saúde (Br). DATASUS. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [201-] [accedido em 12 abr 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
14. 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(2):250-8.
15. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Laverty D, Dietrich T. Epidemiologia da cárie dentária e periodontite severa - uma revisão abrangente. *J Clin Periodontol*. 2017; 44 (Supl 18): S94-S105.
16. Perazzo MF, Gomes MC, Neves ÉT, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal e senso de coerência quanto ao uso de serviços odontológicos por pré-escolares. *Int J Paediatr Dent*. 2017; 27(5):334-43.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em síntese [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [201-] [accedido em 20 ene 2017]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio>
18. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4407-15.
19. Cavalcanti RP, Gaspar GS, Goes PSA. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS: uma comparação entre populações rurais e urbanas. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2012; 12(1):121-6.
20. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. O impacto do saúde familiar brasileira em condições selecionadas sensíveis ao cuidado primário: uma revisão sistemática. *PLoS ONE*. 2017; 12(8): e0182336.
21. Silva VM, Pereira IV, Rocha MJ, Caldeira AP. Morbidade em usuários das equipes de

saúde da família no nordeste de Minas Gerais com base na Classificação Internacional de Cuidados Primários. Rev Bras Epidemiol. 2014; 17(4):954-67.

22. Pereira IF, Santiago BM, Oliveira CR, Figueiredo CC, Cunha DA, Sales GLD, et al. Evolução da cobertura em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em municípios paraibanos. Rev APS. 2014; 17(1):44-9.

23. Saliba NA, Moimaz SA, Fadel CB, Bino LS. Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. ROBRAC. 2010; 19(48):66-9.

24. Martins EP, Oliveira OR, Bezerra SRS, Dourado AT. Estudo epidemiológico de urgências odontológicas da FOP/UPE. RFO UPF. 2014; 19(3):316-22.

25. Protasio APL, Machado LS, Gomes LB, Valença AMG. User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB Ciên Saúde Coletiva. 2017; 22(6):1829-44.

#### CONTRIBUCIONES

**Raphael Cavalcante Costa** contribuyó en el concepto, delineamiento, colecta de datos y redacción. **Isabella Lima Arrais Ribeiro** actuó en el delineamiento y análisis de datos. **Larycia Vicente Rodrigues** participó en el análisis de datos. **Ana Maria Gondim Valença** actuó en el delineamiento y revisión crítica.

#### Cómo citar este artículo (Vancouver)

Costa RC, Ribeiro ILA, Rodrigues LV, Valença AMG. Configuración de la cobertura de salud bucal brasileira y el acceso de la población al servicio público odontológico. REFACS [Internet]. 2018 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*];6(2):212-219. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

#### Cómo citar este artículo (ABNT)

COSTA, R. C. et al. Configuración de la cobertura de salud bucal brasileira y el acceso de la población al servicio público odontológico. REFACS, Uberaba, MG, v. 6, n. 2, p. 212-219, 2018. Disponible en: <*agregar link de acceso*>. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

#### Cómo citar este artículo (APA)

Costa, R. C.; Ribeiro, I. L. A.; Rodrigues, L. V. & Valença, A. M. G. (2018). Configuración de la cobertura de salud bucal brasileira y el acceso de la población al servicio público odontológico. REFACS, 6(2), 212-219. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso* de *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.