

PANORAMA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL (2001-2007).

LANDSCAPE TEAMS OF ORAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN BRAZIL OVERVIEW (2001-2007)

Ângela Xavier¹
Ricardo Pianta Rodrigues da Silva²
Sabrina Pulzatto Merlini³
Tais Ferreira Pimentel⁴
José Roberto Magalhães Bastos⁵

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi avaliar a evolução da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o país, desde a implementação em 2001 até 2007. Para o estudo foi realizada uma análise descritiva de caso exploratório sobre as ESB no PSF. Os dados foram agrupados, divididos em regiões do país, seguindo a cronologia desde o seu início até 2007. Os resultados encontrados mostram que a região Nordeste foi a mais beneficiada, tendo o maior número de ESB, com 1.227 em 2001 para 7.868 em 2007; já o Centro-Oeste foi a região de menor crescimento, de 352 para 1.280 equipes. Em relação ao percentual de municípios com ESB, a média nacional subiu de 23,2%. Podendo observar que o Norte foi a região com maior percentual, 81,1% e o Sul o menor com 53,4%. Quando analisados os estados, Piauí se destaca com o maior percentual, 99,6%, já Mato Grosso apresenta apenas 2,9%. O Nordeste foi a região com o maior número e percentual de população atendida com 68,8% (35.881.045), enquanto o Sudeste foi o menor com 23,3% (18.542.650.). O percentual nacional mostra um aumento de 32,9% em 2001, para 40,9% no final de 2007. A inserção das ESB no PSF aumenta o acesso da população aos serviços e a atenção odontológica, contribuindo para que os princípios do SUS não fiquem limitados a uma filosofia desprovida de prática, mas sim promovendo a qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVES: Programa Saúde da Família, Saúde Bucal, Política de Saúde

ABSTRACT: This study aimed to analyze the development of the Oral Health team (ESB) in the Family Health Program (PSF) all over the country, from the implementation in 2001 to 2007. A descriptive analysis of the investigative case on the ESB in the PSF was performed. Data was grouped, divided according to country areas and chronologically followed since its beginning to 2007. Results show that the Northeast region was the most benefited, having the biggest number of ESB, from 1.227 in 2001 to 7.868 in 2007. The Midwest had the least significant growth, from 352 to 1.280 teams. In relation to the percentage of cities with ESB, the national average went up of 23,2%. North was the region with the highest percentage with 81.1% and the South the lowest with 53,4%. The state of Piauí showed the highest percentage with 99.6% whereas Mato Grosso had only 2.9%. The Northeast was the region with the largest number and percentage of assisted population with 68,8% (35.881.045) while the Southeast had 23,3% (18.542.650). Piauí was outlined with 97,3% (3.002.996) of the assisted population while São Paulo showed 14,9% (6.132.793). The national percentage shows an increase from 32,9% in 2001 to 40,9% in the end of 2007. The insertion of the ESB in the PSF increases the population access to odontological services contributing to the principles of Serviço Único de Saúde-SUS so that they promote life quality and are not limited to a sort of philosophy that is devoided of practice.

KEY WORDS: Family Health Program, Oral Health, Health Politics.

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

² Coordenador de Extensão da Faculdade São Lucas e Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

³ Especialista em saúde coletiva pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo

⁴ Especialista em saúde coletiva pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo

⁵ Professor Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início no Brasil em 1994, por meio da Portaria GM/MS nº 692, com a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF ocorreu seis anos após o início do Programa, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, em dezembro de 2000, que estabelece o incentivo financeiro à atenção à Saúde Bucal prestado pelos municípios por meio do PSF (BRASIL, 2000a). No ano seguinte, foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (MATOS & TOMITA, 2004), contido na Portaria nº 267, de 06/03/2001 (BRASIL, 2001-a), que regulamenta a Portaria nº 1.444/GM (BRASIL, 2000a).

A inclusão dos profissionais de Saúde Bucal nas ESF ocorreu por meio de duas modalidades: Modalidade I – Um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Modalidade II - Um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD) (BRASIL, 2001b).

O trabalho com famílias tem como ponto de partida a compreensão por parte dos profissionais inseridos nas ESF de questões relacionadas à organização familiar, tais como crenças, valores e procedimentos que são adotados em sua vida familiar diária (SZYMANSKI, 1994).

A valorização dada à família, principalmente pelas classes mais populares, resulta do modo como vivem, de sua condição de classe, de seus desejos, de seus projetos e de seus limites, e não da imposição de valores dada a outras categorias e classes sociais. As famílias apresentam-se em intenso processo de desgaste, devido à vulnerabilidade diretamente associada à situação de pobreza e ao perfil da distribuição de renda (DURHARM, 1980 e VASCONCELOS, 1999). Tornam-se incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isso necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir seus direitos de cidadania (SZYMANSKI, 1994 e VASCONCELOS, 1999).

Para que haja uma melhoria da qualidade de vida da população, é necessário requerer uma atitude de co-responsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de

saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde; por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e da coletividade (AERTS et al., 2004).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios do SUS (BRASIL, 2000b).

O PSF emerge num contexto de restrição e racionalização de gastos públicos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. A agenda de reformas propostas por estas agências baseia-se no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres (SENNÁ, 2002).

O modelo de assistência enfocada no modelo hospitalar ineficaz, na especialização da atenção ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e no pouco investimento nas ações preventivas e de produção à saúde, é criticado pelo Banco Mundial (WORLD BANK, 1993 apud SENNA, 2002, p. 203-211).

Esta concepção parte do entendimento de que as inovações introduzidas no sistema de saúde nos últimos anos, com a implantação do SUS, têm apresentado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde. Nesse sentido, o PSF traz em sua filosofia a promoção e o acesso à saúde dos setores anteriormente excluídos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais desprovidos de atenção (SENNÁ, 2002).

O objetivo deste estudo foi avaliar a evolução das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o País desde a implantação em 2001 até 2007; o número e percentual de municípios que contem estas equipes e a população atendida.

METODOLOGIA

Para o presente estudo foi realizada análise descritiva de caso exploratório com enfoque retrospectivo sobre a saúde bucal no PSF, com abordagem quantitativa. O universo do estudo foi composto pelas cinco regiões federativas do Brasil, abrangendo os 27 estados e o Distrito federal. As informações utilizadas foram fornecidas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no período de 2001 a 2007, contemplando o número de Equipe de Saúde Bucal do PSF; números e percentual de municípios com Equipe de Saúde Bucal e o número e percentual de populações acompanhadas pela Equipe de Saúde Bucal.

Os dados foram agrupados em tabelas e divididos por estados e regiões do país, seguindo a cronologia de 2001 a 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NOS ESTADOS BRASILEIROS:

Na região Centro Oeste, houve uma ampliação das equipes de saúde bucal, partindo de 352 equipes em 2001 para 1.280 em 2007, o estado com maior número de equipes em sua região foi Goiás com 652 equipes e o estado com menor número foi Mato Grosso, com 289 equipes, no final de 2007 (BRASIL, 2008).

A região Nordeste apresentou um aumento nas equipes, partindo de 1.227 em 2001 para 7.868 ao término de 2007, onde o estado da Bahia registrou o maior número de equipes de saúde bucal em sua região, com 1.230 e o estado que apresentou menor número de equipes foi Sergipe, com 303 ao final do período (BRASIL, 2008).

Camaragibe, município pernambucano próximo à Recife, foi um dos pioneiros na inclusão dos cirurgiões-dentistas no PSF. As ações de saúde começaram com o cadastramento das famílias para levantamento epidemiológico dos problemas da área adstrita. Os dados serviram de base para o planejamento das ações da ESB (ANDRADE, 2002).

A região Norte iniciou 2001 com 103 equipes em 2001 elevando este número para 1.071 em 2007, sendo o Pará o estado desta região com maior número de

equipes, perfazendo um total de 266 equipes em 2007. O estado de Roraima foi o que apresentou menor número de equipes, finalizando o período com 46 equipes.

No Sudeste, o número saltou de 232 equipes em 2001 para 3.402 equipes em 2007 onde Minas Gerais foi o estado com maior contingente, em nível regional e nacional, ao final de 2007 totalizando 1.598. O estado com menor número de equipes foi Espírito Santo, com 285 equipes ao término de 2007 (BRASIL, 2008).

Entre as saídas encontradas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para agilizar a implementação do programa e a contratação de mão-de-obra na capital está o estabelecimento de convênios e parcerias com organizações não governamentais e entidades sem fins lucrativos, como o que vem ocorrendo com o Projeto Qualis Zerbini em São Paulo (MARTINELLI, 2001).

Na região Sul, o número de equipes partiu de 234 em 2001 para 2.073 ao final de 2007 e o Paraná, foi o estado com maior número de equipes totalizando 957 equipes ao término de 2007. O Rio Grande do Sul foi o estado com menor número de equipes, contando com 512 no final do período.

Um dos maiores entraves para a consolidação do PSF dentro dos preceitos de equidade, integralidade, universalidade e descentralização do SUS é a própria burocracia estatal, que restringe a contratação de pessoal e torna moroso o remanejamento de recursos e a execução das ações, bem como o redirecionamento feito pelas prefeituras de parte do montante destinado ao custeio da mão-de-obra enviado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM EQUIPES DE SAÚDE BUCAL:

A região Centro Oeste apresentou um aumento entre os anos de 2001 e 2003 de 32,8%, pequena queda no ano de 2004 de 0,4%, um aumento entre os anos de 2005 e 2006 de 2,3% e uma nova queda em 2007 de 3,6%. O estado de Goiás teve o maior percentual de municípios com ESB em sua região, com um aumento de 31,3% de 2001 a 2006 e em 2007 houve uma pequena queda de 3,6%. O estado com menor percentual foi Mato Grosso, onde houve um aumento de 2001 a 2003 de 41,7%, pequena redução em 2004 de 2,9%, novo aumento de 2005 a 2006 de 4,3% e finalizando em 2007 com uma redução de 2,9% (BRASIL, 2008).

A região Nordeste apresentou uma ampliação no percentual de municípios com ESB de 56,6% de 2001 a 2006, havendo uma pequena queda em 2007 de 1%.

O estado com maior percentual de municípios com equipes de saúde bucal desta região foi o Piauí com 99,6% ao término de 2007, onde houve um aumento de 36,1% entre 2001 e 2007. O estado da Bahia foi o que apresentou menor porcentagem de municípios com equipes de saúde bucal nesta região, totalizando um aumento de 70,5% entre 2001 e 2006, contudo apresentou uma pequena queda de 6,5% em 2007 perfazendo um total de 74,6% (BRASIL, 2008).

A região Norte apresentou aumento de municípios com ESB de 15,1%(68) em 2001 para 81,1%(364) em 2007. O estado com maior porcentagem foi Tocantins com um aumento de 66,2% entre 2001 e 2007, totalizando 95% (132). Rondônia foi o estado que apresentou menor percentual de municípios com ESB desta região, com aumento de 2001 a 2006 de 63,4% e ligeira queda em 2007 de 13,4%, perfazendo um total de 65,4% (34) de municípios com equipes de saúde bucal (BRASIL, 2008).

A região sudeste apresentou um aumento de 7,8% (130) em 2001 para 61,2% (1021) de municípios com ESB em 2007. O estado desta região com maior percentual de municípios com ESB foi Espírito Santo, onde apresentou um aumento de 59% de 2001 a 2006, e registrou ligeira queda de 5,1% em 2007, totalizando 82,1% (64). O estado com menor percentual foi São Paulo, com aumento de 40,6% entre 2001 e 2007, totalizando ao final deste período 50,4% (325) de municípios com ESB.

Na região Sul, verificou-se um aumento entre os anos 2001 e 2006 de 53,4% e em 2007 houve uma pequena redução de 0,4%. O estado de Santa Catarina, que apresentou o maior número de municípios com equipes de saúde bucal desta região, notou-se aumento de 2001 a 2006 de 49,5% e queda em 2007 de 3% totalizando 85,7% (251). O estado com menor número de municípios com equipes de saúde bucal foi Rio Grande do Sul, com um aumento de 56,7% entre 2001 e 2007, totalizando 59,5% (295) de equipes de saúde bucal.

A média nacional ficou em 23,2% (1288) de municípios com ESB em 2001 para 77,2% (4294) em 2007.

NÚMERO E PERCENTUAL DE POPULAÇÃO ATENDIDA PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL:

A região Centro Oeste apresentou um aumento de 29,1% no período de 2001 a 2007, iniciando 2001 com 17,4% (2.073.199) e finalizando 2007 com 46,5% (6.274.481). O estado com maior percentual da população atendida pelas equipes de saúde bucal nesta região foi Mato Grosso do Sul, com um aumento de 61% no período de 2001 a 2007, finalizando o período com 72,7% (1.710.782). O estado com menor percentual de população atendida foi Mato Grosso com aumento de 39,7% entre 2001 e 2007 perfazendo um total de 51,7% (1.547.987) no final de 2007.

Na região Nordeste se constatou um aumento da população atendida pelas equipes de saúde bucal no período de 2001 a 2007 de 52,6% perfazendo total de 68,8% em 2007(35.881.045). O estado com maior percentual de população atendida desta região foi o Piauí com uma ampliação de 58,2% de 2001 a 2007, terminando o referido período com 97,3% (3.002.996). O estado com menor percentual foi a Bahia, onde apresentou um aumento de 2001 a 2006 de 46,8% e em 2007 apresentou uma pequena redução de 3,5% finalizando com 49% (6.871.186).

A região Norte apresentou uma ampliação do percentual de população atendida no período de 2001 a 2007 de 33,6%. O estado do Tocantins apresentou um aumento de 63,9% de população atendida pelas equipes de saúde bucal de 2001 a 2006 e uma redução de 3,5% em 2007, totalizando 80,3% (1.111.544). O estado com menor porcentagem de população atendida foi o Pará com aumento de 22,5% entre 2001 e 2007, perfazendo um total de 23% (1.708.450) ao término deste período.

A região Sudeste em 2001 contava com 1,9% da população atendida pelas ESB e no final de 2007 apresentou 23,3% (18.542.650). O Espírito Santo foi o estado que apresentou maior percentual de população atendida pelas ESB, onde houve um aumento entre 2001 e 2006 de 37% e uma ligeira queda em 2007 de 2%, finalizando com 42,7% (1.484.252). O estado com menor porcentagem foi São Paulo com aumento no período de 2001 a 2007 de 13,2%, totalizando 14,9% (6.132.793).

O Projeto Sorriso realizado em Alfenas-MG mostrou grande efetividade na redução da placa bacteriana, fator mais importante no desenvolvimento da cárie e da doença periodontal. Esse projeto buscou motivar e orientar crianças das creches

da cidade e seus respectivos familiares quanto ao cuidado da higiene bucal por meios de palestras, macromodelos e escovações supervisionadas, tornando a redução da placa bacteriana e, conseqüentemente, da cárie e doença periodontal uma realidade nesta comunidade (ALMEIDA, 2003).

Na região Sul, houve um aumento de 30% entre 2001 e 2007, iniciando com 7,5% (1.914.961) e terminando com 37,5% (10.264.055) da população atendida no referido período. Santa Catarina foi o estado desta região com maior percentual de população atendida com aumento de 32,4% entre 2001 e 2007. O estado com menor percentual foi Rio Grande do Sul que apresentou um aumento de 21, 8% entre 2001 e 2007, perfazendo um total de 22,5% (2.466.136) no final deste período.

Em Araraquara, crianças entre 7 e 12 anos foram submetidas a palestras educativas, demonstrações de escovação e utilização do Sistema robo-dente (criação do Prof. Dr. Pedro Bignelli da USP de Ribeirão Preto), sendo, posteriormente, avaliadas por meio de uma redação na própria escola. O objetivo foi avaliar a memória da criança das experiências vividas. Constatou-se que programas educativos não devem ser realizados uma vez apenas, mas sim deve haver uma continuidade (GARCIA et al., 1998).

O percentual de população atendida pelas equipes de saúde bucal em todo o Brasil aumentou 32,9% entre 2001 e 2007, saltando de 8% (13.855.741) para 40,9% (76.953.207) no final do período.

O Projeto para um Sorriso Feliz, realizado exclusivamente com mães e com o objetivo básico de prevenção através de palestras para orientação e esclarecimento das dúvidas mais comuns, evidenciou que, para a maioria das mães, houve uma conscientização em relação aos pontos mais importantes tais como amamentação e freqüência de escovação, além de observar importante mudança no comportamento das mães e filhos em relação ao uso da mamadeira (ROSA, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família evoluiu para a reorientação do modelo assistencial na rede pública. A inserção das equipes de saúde bucal aumentou o acesso da população aos serviços e à atenção odontológica, contribuindo para que os princípios do SUS não fiquem limitados a uma filosofia desprovida de prática, possibilitando aos usuários o atendimento em saúde bucal em todos os níveis de

atenção como direito do cidadão e dever do estado, diminuindo a exclusão social e organizando a população de forma adequada para a obtenção de serviços, com qualidade, resolutividade e promovendo a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Aerts, D; Abegg, C; Cesar, K. O papel do cirurgião-dentista no sistema único de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):131-38.

Almeida, ACP. Promoção de Saúde Bucal através de orientação, motivação e controle de placa. *Rev Bras Odontol*. 2003;60(6):387-89.

Andrade, M. Quem espera nunca alcança. *Rev ABO Nac*. 2002;9(6):326-32.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444. In. Brasília; 2000a. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de Abril de 2008.

Brasil. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de Abril de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa saúde da família: equipes de saúde bucal. In. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a. p. www.saude.gov.br, acesso em 14 de Abril de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 267. In. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de Abril de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. O programa saúde da família e a atenção básica. In. Brasília: Ministério da saúde; 2002. p. www.saude.gov.br, acesso em 18 de Abril de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde. Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família; 2008. p. www.saude.gov.br/dab, acesso em 17 de Abril de 2008.

Durham EA. A família operária: consciência e ideologia. *Rev de Ciências Sociais*. 1980;23(2):248-66.

Garcia, PPNS; Corona, SAM; Valsecki Júnior, A. Educação e motivação: avaliação da efetividade de métodos educativo-preventivos relativos à cárie dental e à doença periodontal. *Rev Odont Unesp*. 1998;7(30):30-9.

Martinelli; N. PSF de primeiro mundo. *Ver ABO Nac*. 2001; 9(4): 202-6

Matos, PES; Tomita, NE. A inserção da saúde bucal no programa saúde da família: da universidade aos polos de capacitação. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1538-44.

Rosa, FB. Projeto para um sorriso feliz: programa de orientação de prevenção para mães. *Rev ABO Nac*. 1996;4(1):36-9.

Senna, MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2002;19(suplemento):203-11.

Szymanski, HG. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. Rev Bras Cresc des Hum. 1994;4(1):92-100.

Vasconcelos, EM. A priorização da família nas políticas de saúde. Rev Saúde em Deb. 1999;23(53):6-19.

Volschan, BCG. Perfil do profissional de saúde da família. Rev Bras de Odont. 2002;59(5).

World Bank (1993), apud Senna, MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2002;18(suplemento):203-11.

Tabela 1: Número de equipe de saúde bucal por estado e região no período de 2001 à 2007.

UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
DF	30	20	0	15	12	2	2
GO	232	317	383	451	626	662	652
MS	37	88	113	205	255	310	337
MT	53	109	148	168	233	264	289
Centro-oeste	352	534	644	839	1126	1238	1280
AL	156	225	273	325	432	482	497
BA	110	206	352	595	942	1316	1230
CE	195	409	563	584	920	1165	1215
MA	19	138	193	330	874	995	1024
PB	195	318	490	866	977	1033	1045
PE	132	237	310	486	721	892	970
PI	194	279	401	577	735	807	838
RN	140	191	303	462	649	742	746
SE	86	131	169	213	267	295	303
nordeste	1227	2134	3054	4438	6517	7727	7868
AC	13	18	25	41	77	85	92
AM	22	37	68	104	173	244	262
AP	0	12	13	20	43	47	69
PA	5	34	49	65	120	217	266
RO	18	32	37	47	80	87	92
RR	0	4	10	20	25	29	46
TO	45	105	147	168	201	240	244
norte	103	242	349	485	719	949	1071
ES	38	84	112	191	262	293	285
MG	82	332	538	822	1137	1489	1598
RJ	0	35	92	192	314	455	481
SP	112	254	397	584	754	903	1038
sudeste	232	705	1139	1789	2467	3140	3402
PR	165	291	430	548	784	939	957
RS	15	91	167	318	417	496	512
SC	154	264	382	453	538	597	604
sul	334	646	979	1319	1739	2032	2073
Brasil	2.248	4.261	6.165	8.870	12.568	15.086	15.694

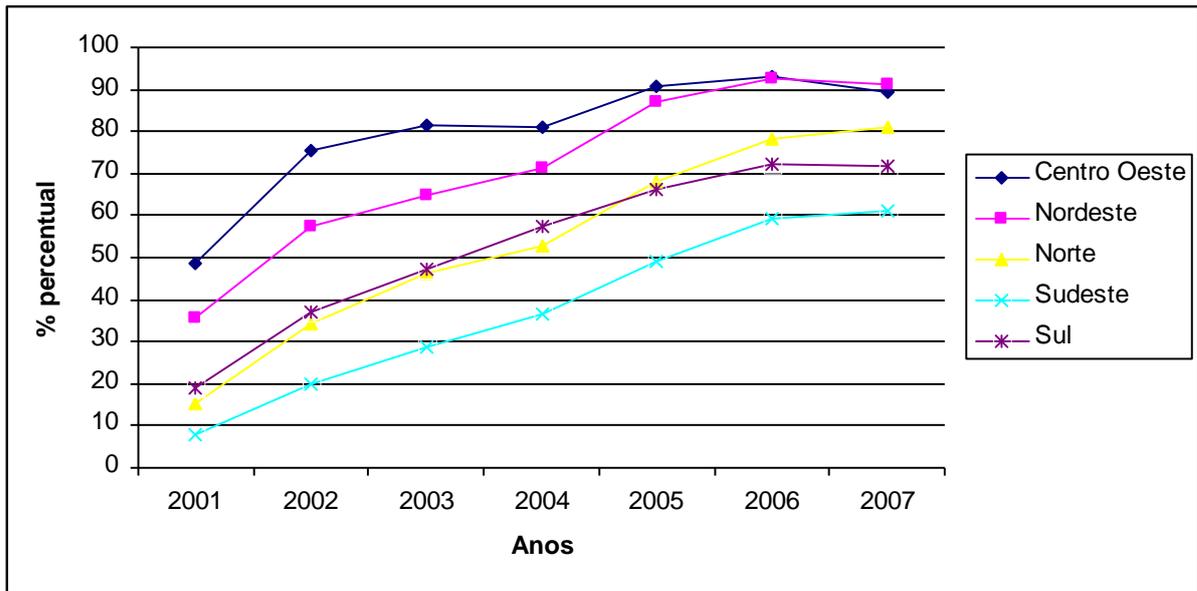


Gráfico 1 – Percentual de municípios com Equipes de Saúde Bucal por regiões.

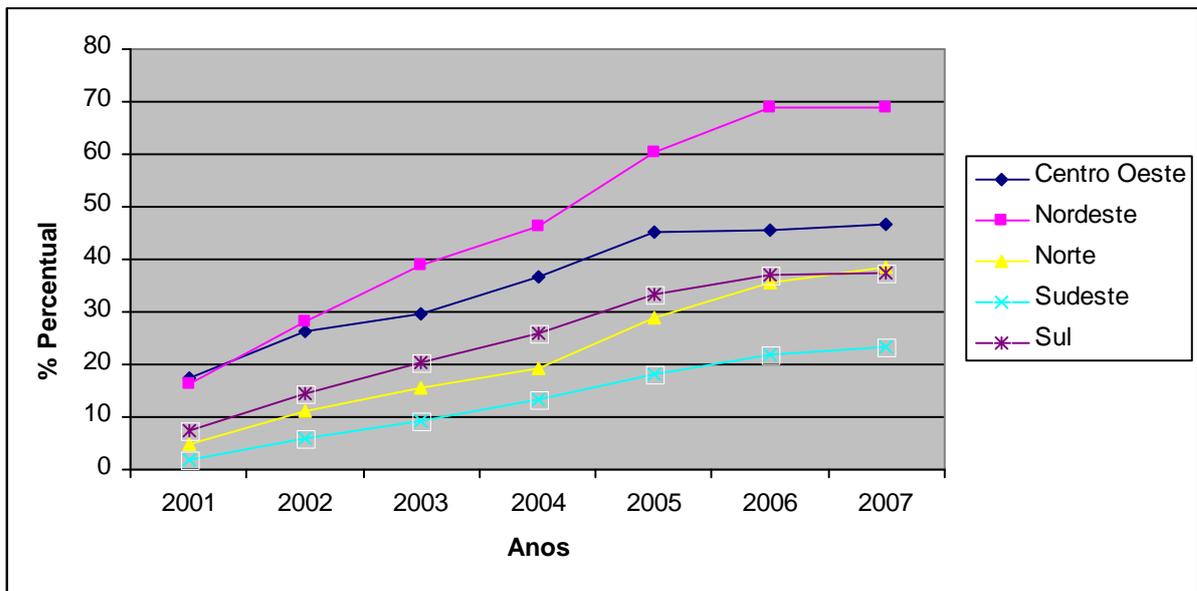


Gráfico 2 - Percentual de população atendida pelas Equipes de Saúde Bucal por regiões.