

EQUIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Equity in the Family Health Strategy (FHS)

Equidad de la estrategia de salud de la familia (ESF)

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Relacionar a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) entre 2001 e 2010 com as variáveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e indicadores socioeconômicos. **Métodos:** Estudo ecológico coletou informações sobre o IDH-M, indicadores socioeconômicos e da ESF referentes ao número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), cobertura populacional e relativa (%) em 645 municípios do estado de São Paulo no período de 2001 a 2010. A análise descritiva foi conduzida por meio de frequências absoluta e relativa para avaliação de cada indicador. Utilizaram-se testes não paramétricos: coeficientes de correlação de Spearman para as variáveis da ESF e os indicadores socioeconômicos, e Wilcoxon Test ($p<0,05$) para a comparação entre as duas datas. **Resultados:** Houve correlação positiva para o incremento das equipes de ESF e da ESB com o IDH-M ($p<0,01$). Os dados sociais (acesso à água, percentual de lixo coletado e renda média) apresentaram correlação positiva com ESF e cobertura populacional ($p<0,05$). Encontrou-se correlação negativa entre todas as variáveis sociais, exceto analfabetismo, com cobertura populacional (%). **Conclusão:** A evolução da ESF no estado de São Paulo durante o período estudado foi positiva no combate às iniquidades em saúde.

Descritores: Política de Saúde; Desigualdades em Saúde; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: To associate the implementation of the Family Health Strategy (FHS) between 2001 and 2010 with the variables of the Municipal Human Development Index (MHDI) and socioeconomic indicators. **Methods:** Ecological study collected information on the MHDI, socioeconomic indicators, and the FHS, regarding the number of Community Health Workers (CHW), Family Health Teams (FHT), Oral Health Teams (OHT), and population and relative (%) coverage in 645 municipalities in the state of São Paulo, Brazil, in the period from 2001 to 2010. Descriptive analysis was conducted by means of absolute and relative frequencies for evaluation of each indicator. Non-parametric tests were used: Spearman's correlation coefficient for the FHS variables and the socioeconomic indicators, and Wilcoxon test ($p<0.05$) for comparison between the two dates. **Results:** There was positive correlation between the increase in FHS and OHT teams, and the MHDI ($p<0.01$). Social data (access to water, waste collection percentage, and average income presented positive correlation with FHS and population coverage. A negative correlation was found between population coverage (%) and all the social variables except illiteracy. **Conclusion:** The evolution of the FHS in the state of São Paulo during the studied period was positive in fighting the health inequalities.

Descriptors: Health Policy; Health Inequalities; Oral Health.

Sheila Molin⁽¹⁾
Haroldo José Mendes⁽¹⁾
Angela Xavier⁽¹⁾
Edu Cassiano Hugo Pinto⁽¹⁾
José Roberto Magalhães Bastos⁽¹⁾
Sofia Rafaela Maito Velasco⁽¹⁾
Roosevelt da Silva Bastos⁽¹⁾

1) Faculdade de Odontologia de Bauru
- Universidade de São Paulo - FOB-USP -
Bauru (SP) - Brasil

Recebido em: 19/06/2014
Revisado em: 11/08/2014
Aceito em: 15/01/2015

RESUMEN

Objetivo: Relacionar la implantación de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) entre 2001 y 2010 con las variables del Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDH-M) y los indicadores socioeconómicos. **Métodos:** El estudio ecológico recogió informaciones del IDH-M, indicadores socioeconómicos y de la ESF referentes al número de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), Equipos de Salud de la Familia (ESF), Equipos de Salud Bucal (ESB), cobertura poblacional y relativa (%) en 645 municipios del estado de São Paulo en el período entre 2001 y 2010. El análisis descriptivo fue realizado a través de las frecuencias absoluta y relativa para la evaluación de cada uno de los indicadores. Se utilizó las pruebas no paramétricas: coeficientes de correlación de Spearman para las variables de la ESF y los indicadores socioeconómicos; y la Prueba de Wilcoxon ($p < 0,05$) para la comparación de las dos fechas. **Resultados:** Hubo correlación positiva para el aumento de los equipos de la ESF y de la ESB con el IDH-M ($p < 0,01$). Los datos sociales (acceso al agua, el porcentaje de basura recogida y la renta media) presentaron correlación positiva entre el ESF y la cobertura poblacional ($p < 0,05$). Se encontró correlación negativa entre todas las variables sociales, excepto entre el analfabetismo y la cobertura poblacional (%). **Conclusión:** La evolución de la ESF en el estado de São Paulo durante el período del estudio fue positiva para la lucha con las inequidades en salud.

Descriptor: Política de Salud; Desigualdades en la Salud; Salud Bucal.

INTRODUÇÃO

Em vários países do mundo, os sistemas de saúde têm apresentado reformas a fim de organizar a gestão pública do setor com dois objetivos básicos: administrar os recursos financeiros para que a atenção à saúde seja otimizada a toda a população e combater as desigualdades no acesso ao sistema público de saúde para promoção da equidade por meio das políticas públicas de saúde⁽¹⁾.

Através de ações como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Agenda Pós-2015, ambos da Organização Mundial de Saúde⁽²⁾, observam-se esforços para fazer avançar a equidade na agenda pública de saúde. Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas rumo à equidade, desigualdades em saúde ainda persistem entre países e regiões. O Brasil não é exceção, apresentando importantes desigualdades socioculturais, econômicas e políticas. Essas desigualdades estão presentes não apenas entre as grandes regiões do país, mas também dentro de diversas localidades de um estado. O estado mais populoso e desenvolvido do Brasil, São Paulo, é um exemplo disso.

A Constituição de 1988⁽³⁾ trouxe um novo momento político para o Brasil. A cidadania passou a ser o centro da

atenção constitucional, com ampliação dos direitos sociais do brasileiro, prioritariamente nas áreas de educação e saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, tem como princípios básicos: universalidade, integralidade, descentralização, equidade e controle social, que, juntos, buscam orientar a assistência básica à saúde no Brasil, garantindo o alcance de todos ao sistema de saúde⁽⁴⁾. Assim, o SUS passou a ser a política social nacional de cunho estatal com maior envergadura e com o objetivo de que todo cidadão, sem distinção de qualquer natureza, tenha acesso ao sistema (universalidade), com atenção à diversidade das suas necessidades (integralidade), com justiça social (equidade) e participação popular, inclusive para deliberação de recursos financeiros⁽⁵⁻⁷⁾.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi constituído como o pilar do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, consolidando-se como política prioritária do governo brasileiro para a atenção primária à saúde. A realização de avaliações das políticas e programas de saúde no Brasil ganha especial relevância na medida em que a implementação, em grandes proporções, de estratégias de reorientação do SUS, como o PSF, parece ser um processo irrevogável, em franca expansão territorial. O PSF, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, numa tentativa de reorganizar a prática assistencial e substituir o modelo hospitalocêntrico centrado na doença⁽⁸⁾.

Naturalmente, o processo de implantação da ESF e da Estratégia de Saúde Bucal (ESB) ocorre de maneira complexa, fazendo-se necessário nortear sua implantação com o objetivo de diminuir as inequidades em saúde. Além do mais, a promoção da saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos prioritários na ESF⁽⁹⁾.

Portanto, este estudo teve como objetivo relacionar a implantação da ESF entre 2001 e 2010 com as variáveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e os indicadores socioeconômicos.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo ecológico, com informações coletadas através do *website* do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) sobre o IDH-M das 645 cidades do estado de São Paulo⁽¹⁰⁾. O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil apresenta o IDH-M das cidades brasileiras, e o mais recente foi publicado no ano 2000. A escolha do IDH-M para a avaliação da equidade na distribuição dos serviços da ESF se deu pela abrangência de sua composição, contendo os principais determinantes da saúde da população.

Outras informações socioeconômicas, como saneamento básico (acesso à água de abastecimento público, rede de esgoto e coleta de lixo), acesso à rede de energia elétrica, analfabetismo e renda para o ano de 2010, foram obtidas pelo Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹¹⁾. A coleta dos dados se deu no período de outubro a novembro de 2012.

Através do *website* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁽¹²⁾ foram coletados os dados da ESF relativos ao número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, cobertura populacional e relativa de cada município do estado de São Paulo, em janeiro de 2001 e em dezembro de 2010.

Realizou-se a análise descritiva dos dados por meio de frequências absoluta e relativa para avaliação de cada indicador. Para a análise estatística, utilizaram-se testes não paramétricos, coeficiente de correlação de Spearmann para as variáveis da ESF e os indicadores socioeconômicos, e teste Wilcoxon para a comparação entre os anos de 2001

e 2010 com a ESF, através do programa SigmaPlot 12.0. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A evolução da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Equipes de Saúde Bucal (ESB) está apresentada na Tabela I. A população cresceu significativamente no período entre 2001 e 2010, assim como as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (EESF) e das Equipes de Saúde Bucal (ESB), apresentando correlação positiva fraca para o incremento das equipes de ESF e da saúde bucal com IDH-M ($p < 0,01$). Com exceção para os ACS implantados e ESF implantadas.

A correlação entre os dados sociais e a ESF dos municípios do estado de São Paulo em 2010 pode ser vista na Tabela II. Os dados sociais (acesso à água, percentual de lixo coletado e renda média) apresentaram correlação positiva com ESF e cobertura populacional ($p < 0,05$). Encontrou-se correlação negativa entre todas as variáveis sociais, exceto analfabetismo, com cobertura populacional (%).

Tabela I - Incremento das Equipes da Estratégia Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal nas cidades do estado de São Paulo entre os anos de 2001 e 2010. São Paulo, 2012.

	Incremento entre 2001 a 2010	IDH-M 2000
ACS Implantados	17.391	0,26
ACS – Cobertura populacional estimada	484.463	0,22*
ESF implantadas	2.540	0,28
ESF - Cobertura populacional estimada	839.231	0,12*
ESB Implantadas	1.447	0,10*

ACS: Agente Comunitário de Saúde; ESF: Equipes de Estratégia de Saúde da Família; EBS: Equipes de Saúde Bucal. * $p < 0,01$ (Wilcoxon test)

Tabela II - Correlação entre os dados sociais e a Estratégia Saúde da Família das cidades do estado de São Paulo no ano de 2010. São Paulo, 2012.

Estratégia de Saúde da Família	Dados sociais						
	Porte populacional	Água (%)	Esgoto (%)	Energia elétrica (%)	Lixo coletado (%)	Renda média	Analfabetismo acima de 15 anos (%)
ESF	0,51*	0,26*	0,02	-0,07	0,25*	0,17*	-0,32*
Cobertura populacional	0,56*	0,28*	0,02	-0,07	0,29*	0,20*	-0,36*
Cobertura populacional (%)	-0,44*	-0,28*	-0,12*	-0,13*	-0,38*	-0,34*	0,40*
ESB	0,24*	0,11*	-0,04	-0,09*	0,07	0,06	-0,11*

ESF: Estratégia de Saúde da Família; ESB: Equipes de Saúde Bucal * $p < 0,05$

DISCUSSÃO

O crescimento da ESF no período estudado ocorreu favoravelmente às maiores necessidades da população e voltado para as cidades com porte populacional menor, contribuindo para a diminuição das iniquidades sociais. Estudo mostra que a equidade nos serviços de saúde implica não haver diferenças onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical)⁽¹³⁾.

Com relação ao acesso à água de abastecimento público, a tendência foi de aumento das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, diretamente proporcional ao aumento da cobertura da rede. Esses parâmetros não se confirmaram para o acesso à rede pública de esgoto, exceto para a cobertura populacional percentual, que apresentou indicador pró-equidade vertical. Da mesma forma que o estudo realizado no Complexo do Alemão, foram verificadas as dificuldades no acesso ao saneamento básico e ambiente saudável, evidenciando a situação real das deficiências das políticas públicas⁽¹⁴⁾.

O coeficiente de correlação dos indicadores sociais e o percentual de cobertura populacional foram inversamente proporcionais em todos os casos. Isso leva a acreditar que a expansão da estratégia se deu fortemente nas cidades com menor porte populacional. A relação significativa e inversa encontrada neste estudo entre o percentual de cobertura populacional da ESF com as condições de saneamento básico (água, esgoto e coleta de lixo) e com a renda média da população sugeriu que a cobertura populacional das equipes é maior nas comunidades com mais necessidades instaladas de saneamento, cujo risco à saúde é maior. Da mesma forma, a relação linear e significativa entre o percentual de indivíduos analfabetos acima de 15 anos e a cobertura das equipes demonstra tal realidade.

É importante salientar que, apesar de existir uma correlação significativa, ela foi fraca do ponto de vista estatístico. No entanto, numa análise mais apurada, seria imprudente dizer que a correlação encontrada foi devido a fatores casuais, pois tal relação é tão importante quanto os fatores de risco biológicos associados à incidência de doenças. Similarmente, em um estudo conduzido no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, verificou-se que a presença da Unidade de Saúde da Família contribuiu para uma diminuição do efeito das condições sociais desiguais, sobre o perfil de acesso e uso do sistema de saúde com melhora na equidade social⁽¹⁵⁾.

No Brasil, populações não providas de serviços de saneamento adequado se concentram nas periferias de grandes e médias cidades e nos pequenos aglomerados urbanos, sendo estas as comunidades nas quais,

primariamente, as Equipes de Saúde da Família devem ser implementadas, ou seja, áreas de concentração de pobreza onde a população sofre com a ocorrência de doenças e com a dificuldade de acesso a serviços⁽¹⁶⁾. Intervenções sobre os mecanismos de estratificação social estão entre os mais importantes meios para o combate às iniquidades em saúde, incluindo as políticas que reduzem diferenças nas condições sociais. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família é considerada um grande avanço na organização da atenção primária por meio da promoção da saúde e prevenção das doenças, contribuindo para melhorias nos indicadores de saúde⁽¹⁷⁾.

As políticas públicas equitativas têm por objetivo reduzir ou eliminar diferenças em saúde resultante de fatores considerados simultaneamente evitáveis e injustos⁽¹⁸⁾. Sob essa ótica, tais diferenças são aquelas determinadas socialmente, como exposição a condições de vida e trabalho insalubres e dificuldade de acesso a serviços essenciais. Desse modo, as políticas públicas de saúde deveriam ser direcionadas para solucionar as origens dos problemas, ou seja, sanar os determinantes que ocasionam tais diferenças⁽¹⁹⁾. Portanto, as políticas públicas não deveriam ser planejadas da mesma forma para toda a população, e sim ser norteadas àqueles grupos de maior vulnerabilidade social.

A Estratégia Saúde da Família foi implementada no Brasil inicialmente nas regiões de maior risco, seguindo o Mapa da Fome, e em seguida foi instituída como estratégia governamental. Tem como características fundamentais a família como núcleo de atuação, buscando uma integração com a comunidade onde está inserida, dando ênfase à prevenção e à educação em saúde, com o objetivo de atuar prioritariamente nos grupos de maior risco e vulnerabilidade⁽²⁰⁾.

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, ocorrida entre 2001 e 2010, apresentou crescimento do número de Equipes de Saúde Bucal, entretanto, não foi significativo a ponto de se concluir que há diferença em termos de porte populacional. A crescente importância das doenças relacionadas com o estilo de vida e o meio ambiente elucida a mudança na forma como o setor de saúde olha a população, cuja organização, do ponto de vista físico e social, permite o planejamento de intervenções, além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção de saúde⁽²¹⁾.

O panorama das iniquidades em saúde se reproduz nas condições de saúde bucal da população. As desigualdades sociais e econômicas podem estar relacionadas com a maioria dos agravos bucais e com o acesso e uso de serviços de saúde bucal⁽²²⁾. Um estudo ecológico realizado em 52 municípios do estado de Minas Gerais sugeriu que a ESB contribui para os resultados favoráveis dos indicadores.

Dessa forma, com mais recursos, será possível a ampliação da rede de atenção básica e melhorias na qualidade da saúde bucal da população⁽¹⁷⁾.

A ampliação da cobertura das Equipes de Saúde Bucal no estado de São Paulo, assim como a relação significativa entre as Equipes de Saúde Bucal implementadas e as condições de abastecimento de água, coleta de lixo e renda e relação inversa com a taxa de analfabetismo, não demonstram a mesma relação que as Equipes de Saúde da Família evidenciaram⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, um estudo conduzido a nível nacional entre 2003 e 2008 encontrou redução das desigualdades no acesso a serviços de saúde bucal entre indivíduos de menor e maior renda, assim como ligeiro aumento no uso de serviços públicos odontológicos pelos indivíduos de maior renda, sugerindo melhora na qualidade dos serviços e acesso a tratamentos especializados na rede pública de saúde⁽²³⁾. Da mesma forma, um estudo conduzido em um município da Região Sul do Brasil verificou que os municípios com pior distribuição de renda e maior intensidade de indigência revelaram maiores proporções de procedimentos coletivos em saúde bucal, os quais, quando realizados com menores de 14 anos, também estavam associados a uma maior cobertura pelo Programa Saúde da Família⁽¹⁵⁾.

Apesar do aumento crescente da implementação das Equipes de Saúde Bucal na ESF, a garantia de atendimento integral às famílias ainda não é realidade, pois as ações em saúde bucal ainda ocorrem de modo fragmentado, evidenciado pelo estudo conduzido em 34 municípios de Minas Gerais, em 2009, no qual os municípios com grande cobertura de ESF apresentaram maior número de consultas médicas anuais. Por outro lado, observou-se que a expansão das ESF pouco contribuiu para a ampliação do número de agendamentos das primeiras consultas odontológicas⁽²³⁾.

Atualmente, o modelo de determinação social da saúde com o enfoque na relação entre desigualdades sociais e saúde está em foco, no entanto, não basta apenas debater o conceito de classe social atrelado diretamente à renda, criando uma divisão entre ricos e pobres, e ignorando as várias dimensões da vida humana que compõem a real condição social: econômica, política, cultural, étnica, religiosa, de gênero, dentre outras.

A Organização das Nações Unidas, com o seu Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (ONU/PNUD), operacionalizou, através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), um conceito mais promissor para analisar as diferenças sociais em populações humanas, a partir do conceito amplo que, além de incorporar a dimensão econômica, tal qual a linha da pobreza, avança para outros fatores importantes na determinação da qualidade de vida: saúde, educação, meio ambiente, dentre outros⁽¹⁰⁾.

O IDH-M objetiva representar a complexidade de um município em termos do desenvolvimento humano que ele apresenta. Embora meçam os mesmos fenômenos que o IDH, os indicadores levados em conta no IDH-M são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores.

Verificou-se que a evolução da cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal nos município do estado de São Paulo está de acordo, mesmo que de forma tímida, com o conceito de equidade estabelecido⁽¹⁸⁾, sendo ampliada naqueles municípios com menor IDH-M, ou seja, com maior necessidade de implantação de políticas públicas.

Em um estudo, foi confirmada a associação entre cárie dentária e desigualdade de renda⁽²⁴⁾, demonstrando que a abordagem prioritária de grupos com maior risco de adoecer está em consonância com o reordenamento da atenção primária à saúde do SUS e a utilização da estratégia do Programa Saúde da Família. Cabe aos serviços de saúde desenvolver estratégias de prevenção e controle de riscos à saúde através da identificação dos grupos que necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir seus direitos de cidadania.

A avaliação da cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família, assim como das Equipes de Saúde Bucal, e sua relação com o IDH-M e parâmetros de acesso a serviços públicos essenciais é fundamental para verificar a universalização do acesso à saúde, especialmente por aqueles grupos de maior vulnerabilidade social, objetivando, desse modo, reduzir as iniquidades no acesso e nas condições de saúde da população brasileira.

CONCLUSÃO

A evolução da ESF no estado de São Paulo, durante o período estudado, foi positiva no combate às iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Embrett MG, Randall GE. Social determinants of health and health equity policy research: exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. *Soc Sci Med*. 2014;108:147-55.
2. Dora C, Haines A, Balbus J, Fletcher E, Adair-Rohani H, Alabaster G, et al. Indicators linking health and sustainability in the post-2015 development agenda. *Lancet*. 2015;24;385(9965):380-91.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 1988.

4. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):797-804.
5. Kleinert S, Horton R. Brazil: towards sustainability and equity in health. *Lancet*. 2011;377(9779):1721-2.
6. Paim JS. The future of the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):612.
7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
8. Melo MRC, Dantas VLA. Culture circles and promotion of health in Family Health Strategy. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(3):328-36.
9. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz W. Men's health care in the scope of the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):429-38.
10. Programa para as Nações Unidas - UNDP. O Índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro [acesso em 2014 Maio 25]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
12. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. 2012 [acesso em 2014 Abr 10]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>
13. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *Int J Health Serv*. 2001;31(3):545-66.
14. Oliveira SC, Vargas LA. Direito à saúde e saneamento básico na estratégia saúde da família no Complexo do Alemão. *Acta Sci, Health Sci*. 2010;32(2):127-34.
15. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):126-38.
16. Palmier AC, Andrade DA, Campos ACV, Abreu MHNG, Ferreira EF. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32(1):22-9.
17. Campos ACV, Borges CM, Vargas AMD, Leles CR, Ferreira EF. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4349-55.
18. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.
19. Embrett MG, Randall GE. Social determinants of health and health equity policy research: Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. *Soc Sci Med*. 2014;108:147-55.
20. Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595-603.
21. Pohjola MV, Tuomisto JT. Openness in participation, assessment, and policy making upon issues of environment and environmental health: a review of literature and recent project results. *Environ Health*. 2011;10:58.
22. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJ. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):250-8.
23. Campos AC, Borges CM, Vargas AM, Leles CR, Ferreira EF. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4349-55.
24. Celeste RK, Fritzell J, Nadanovsky. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(6):1111-20.

Endereço para correspondência:

Sheila Molin
Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo
Alameda Octávio Pinheiro Brisola, 9-75
Vila Universitária
CEP: 17012-901 - Bauru - SP - Brasil
E-mail: fob@usp.br