

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

**A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO SUL**

MORJANA EIDELWEIN
PANMELLA PEREIRA BERTI

Porto Alegre

2010

MORJANA EIDELWEIN
PANMELLA PEREIRA BERTI

**A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito final para obtenção do Grau de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^ª Dra. Sonia Maria Blauth de Slavutzky

Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Ramona Fernanda C. Toassi

Porto Alegre
2010

MORJANA EIDELWEIN
PANMELLA PEREIRA BERTI

**A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso, submetido à
avaliação da Comissão Examinadora para
obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profª Dra. Sonia Maria Blauth Slavutzky – Orientadora _____

Profª Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi – Co-Orientadora: _____

Profª Cristine Warmling _____

Profª: Dr. Júlio Baldisserotto _____

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

MORJANA EIDELWEIN

Gostaria de agradecer primeiramente a minha colega Panmella pela paciência e ajuda nesse 1 ano de trabalho.

Agradecimento muito especial à orientação da Professora Ramona, que dedicou muitas das suas horas para que esse trabalho fosse desenvolvido e à Professora Sônia por colaborar com sua experiência acadêmica.

Agradeço também a paciência do meu companheiro Luiz Makito nas horas de cansaço e naquelas que não pude estar com ele. Aos meus pais e minha irmã por me ouvirem falar incessantemente sobre o assunto durante 1 ano.

Um agradecimento especial também à banca examinadora, pela disponibilidade, contribuição e dedicação na leitura desse trabalho.

PANMELLA PEREIRA BERTI

Agradeço à Patrícia Flores Rocha, Cirurgião-Dentista da ESF Divisa e minha preceptora pela Disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I e pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), junto a quem pensei no tema deste trabalho.

Agradeço à Morjana Eidelwein, pelas muitas horas de debate, dedicação e apoio nos momentos menos prazerosos, além da acolhida nas noites de trabalho.

Agradeço à professora Dra. Ramona, pela excelente e essencial orientação, pelas críticas construtivas e pelos ensinamentos que enriqueceram este trabalho e nossa experiência e vivência acadêmica no decorrer deste processo.

Agradeço à professora Dra. Sônia, por acolher a proposta desse estudo e pelas importantes contribuições no decorrer da pesquisa.

Agradeço a meus pais, Joel e Maria Inacia, e ao meu namorado, William, pela compreensão que demonstraram quando tive que me ausentar e pelo cuidado a mim dedicado nos períodos de desânimo e cansaço.

À banca examinadora, por aceitarem nosso convite, que traz em si responsabilidades quanto à produção de conhecimento desta Universidade.

“O papel do cirurgião-dentista, nos programas de saúde da família, é traduzido por aquela parcela de especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social que, analogicamente, cabe aos demais trabalhadores da saúde em seus núcleos de competência. Juntos, estes trabalhadores compartilham o campo de competência da saúde coletiva em sua generosidade e abrangência: ética, social, humana e biológica”.

MOYSÉS; SILVEIRA FILHO (2002, p. 144)

RESUMO

O presente estudo se propôs a caracterizar o processo de implantação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre, desde sua implantação até o momento atual. A pesquisa foi conduzida a partir de uma revisão de literatura e de dados secundários relacionados ao tema “a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre”. O controle de qualidade foi feito pelas próprias pesquisadoras durante a seleção dos trabalhos consultados e os dados foram analisados e apresentados de forma descritiva e por meio de tabelas e gráficos construídos no programa Excel. Os dados apontaram para um aumento gradual em relação ao número de Agentes comunitários de saúde, de Estratégia de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal implantadas, no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre, entre 2001 e 2010. A Estratégia Saúde da Família apresentou o crescimento mais expressivo no período. Com isso, também aumentou a proporção de população coberta, bem como o número de municípios que aderiram ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e à Estratégia de Saúde da Família. Verificou-se, nesse período, um aumento discreto do número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre, com predomínio da Modalidade II. A intenção foi a de contribuir com informações sobre a inclusão da Saúde Bucal na Saúde da Família no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, Saúde Coletiva, Saúde Bucal em Porto Alegre.

ABSTRACT

The present study intended to characterize the process of implantation of the oral health in the Family Health Strategy in Porto Alegre since its implementation up to this moment. Revision of related literature and secondary data were analyzed to explain aspects related to the subject “the insertion of the oral health team in the Family Health Strategy in Porto Alegre”. The data control of quality was done by the investigators themselves. The selected works and the data were analyzed and presented in descriptive form and through charts and tables using the Excel program. The data pointed to a gradual increase regarding the number of Community Health Agents, of Family Health Strategy and introduced Oral Health Team, in Brazil, in the state of Rio Grande do Sul and in the city of Porto Alegre, between 2001 and 2010. The Oral Health Team presented the most expressive growth in the period. With that, also it increased the proportion of covered population, as well as the number of local municipalities that adhered to the Community Health Agents Program and to the Family Health Strategy. It was verified in this period, a slight increase in the number of Oral Health Teams in the Family Health Strategy in Porto Alegre, with predominance of the Type II Model. The intention of this study was to contribute with information about the inclusion of the Oral Health Team in the Family Health Strategy in the city of Porto Alegre, in the state of Rio Grande do Sul and in Brazil.

Key words: Family Health Strategy, Oral Health Team, Public Health, Oral Health in Porto Alegre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Nº	LISTA	PÁGINA
Figura 1	Regiões do município que compõem os Distritos Sanitários e área de abrangência. Porto Alegre, 2010.	38
Gráfico 1	Evolução do número de Estratégias de Saúde da Família (ESF) implantadas e a meta prevista para o Brasil de 2001 a 2007. Brasil, MS/UNASUS, 2010.	33
Gráfico 2	Evolução do número de ESB de 2002 a 2010. Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	36
Gráfico 3	Evolução do número de ESB de 2002 a 2010. Município de Porto Alegre, Brasil.	44
Gráfico 4	Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre, 2010.	45
Quadro 1	Dados secundários encontrados em fontes de consulta nas esferas Federal, Estadual e Municipal, 2010.	29
Quadro 2	Estudos nacionais sobre a Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, segundo ano de publicação, local de publicação e tema. Período 2001-2010.	30

LISTA DE TABELAS

Nº	LISTA	PÁGINA
Tabela 1	Distribuição dos municípios no Brasil e no Rio Grande do Sul com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) e população coberta. Ministério da Saúde, dados de 2001.	31
Tabela 2	Número de equipes implantadas, municípios e a cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Brasil. Ministério da Saúde, 2002 a 2008.	32
Tabela 3	Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas e de municípios com ESB no Brasil. Ministério da Saúde, 2009 e 2010.	34
Tabela 4	Dados dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com relação ao número de municípios, equipes implantadas, estimativa/proporção de população coberta. Estado do Rio Grande do Sul, 2002-2010.	35
Tabela 5	Distribuição das Modalidades I e II das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e o total de ESB implantadas, de 2002 a 2010. Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	37
Tabela 6	Distritos sanitários do município de Porto Alegre e o número de profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família por gerência distrital. Porto Alegre, 2010.	40
Tabela 7	População do município de Porto Alegre coberta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), número de ACS e ESF implantados, estimativa e proporção da população de Porto Alegre coberta por ACS e ESF.	41
Tabela 8	Distribuição do número de famílias cadastradas, pessoas atendidas, consultas, equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais entre os anos de 2001 a 2008, em Porto Alegre.	42
Tabela 9	População coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a percentagem da população coberta pelo programa, entre 2002 e 2007. Porto Alegre, RS.	43
Tabela 10	Distribuição das Modalidades I e II da Equipe de Saúde Bucal (ESB) e o total de ESB implantadas, de 2002 a 2010, no município de Porto Alegre.	44
Tabela 11	Comparação entre as capitais Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre, em relação ao número de ESF e ESB implantadas nos anos de 2003 e 2007.	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

ACS
ASB
CAPs
CD
CFO
CLT
CRO
DAB
DATASUS
DMAE
DMLU
ESB
ESF
FAURGS
FEE
GHC
IAPs
IBGE
IDESE
IDH-M
INAMPS
INPS
LOS
MS
NOBs
OBSERVAPOA
OMS
PACS
PIB
PNCCSF
PRECAD
PSF
SAS
SES
SESP
SIAB
SIA-SUS
SIM
SINASC
SMS
SSC
SSC-GHC
SUS
TSB
UBS
USF
VAB
VD

PALAVRAS OU TERMOS

Agentes Comunitários de Saúde
Auxiliar de Saúde Bucal
Caixas de Aposentadorias e Pensões
Cirurgião-Dentista
Conselho Federal de Odontologia
Consolidação das Leis do Trabalho
Conselhos Regionais de Odontologia
Departamento de Atenção Básica
Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
Departamento Municipal de Água e Esgoto
Departamento Municipal de Limpeza Urbana
Equipe de Saúde Bucal
Estratégia de Saúde da Família
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Fundação de Economia e Estatística
Grupo Hospitalar Conceição
Institutos de Aposentadorias e Pensões
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
Índice de Desenvolvimento Humano-Municipal
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Instituto Nacional de Previdência Social
Leis Orgânicas da Saúde
Ministério da Saúde
Normas Operacionais Básicas
Observatório da Cidade de Porto Alegre
Organização Mundial da Saúde
Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Produto Interno Bruto
Programa Nacional de Controle da Cárie Dentária com o Uso de Selantes e Flúor
Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária
Programa de Saúde da Família
Secretaria de Atenção à Saúde
Secretaria Estadual de Saúde
Serviço Especial de Saúde Pública
Sistema de Informação da Atenção Básica
Sistema de Informações Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
Sistema Nacional de Mortalidade
Sistema Nacional de Nascidos Vivos
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Saúde Comunitário
Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição
Sistema Único de Saúde
Técnico em Saúde Bucal
Unidades Básicas de Saúde
Unidades de Saúde da Família
Valor Adicionado Bruto
Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	15
3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	16
3.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL NO BRASIL	18
3.4 EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM OUTROS ESTADOS DO BRASIL.....	21
3.5 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	23
4 METODOLOGIA	25
4.1 LOCAL DA PESQUISA	25
4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	26
4.2.1 Estratégias de busca de dados secundários	26
4.2.2 Estratégias de busca bibliográfica	27
4.2.3 Controle de qualidade dos dados	28
4.2.4 Análise dos dados	28
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL: O QUE MOSTRAM OS DADOS	30
5.2 A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48

REFERÊNCIAS	50
ANEXOS	55
ANEXO A - Parecer da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Odontologia/UFRGS	56

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro foi marcado por profundas mudanças históricas ao longo do século XX, como por exemplo, a separação entre a chamada saúde pública e a saúde previdenciária. A primeira era incumbida de ações de interesse coletivo (campanhas sanitárias) e a segunda se encarregava de prestar assistência aos trabalhadores regularizados e seus dependentes, ou seja, somente os portadores de carteira de trabalho estavam cobertos pelo serviço. Mais tarde, foi nesse contexto que surgiu o movimento da Reforma Sanitária, que buscava a democratização da saúde e da sociedade, através da unificação de um sistema de saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Baseando-se no conceito ampliado de saúde de Alma Ata, numa tentativa de mudar a situação apresentada, membros da sociedade, profissionais e usuários, reuniram-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, construindo a proposta de um sistema de saúde que fosse, por direito, de todos, universal, com enfoque na saúde e não na doença e que tratasse os sujeitos de forma humanizada e integral (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Nesse contexto, foi aprovada a Constituição Federal de 1988, que previa a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a atenção primária à saúde ou atenção básica, por meio de ações governamentais. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família foi proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, sob a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF), pois era destinado ao auxílio de brasileiros residentes em áreas de risco, constados no mapa da fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (BRASIL, 2010e). Hoje, ao se firmar como estratégia, e não como programa focalizado, pode ser considerada uma ação bem sucedida de expansão da cobertura de serviços de saúde, colocando em prática os princípios do SUS, pois prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, em todos os ciclos de vida, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a participação popular (PORTO ALEGRE, 2010c).

No município de Porto Alegre, a Estratégia de Saúde da Família foi implantada em 1996, através de um projeto elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde. Esse novo modelo assistencial surge para avançar os propósitos da Reforma Sanitária, mais precisamente do SUS, fortalecendo a Atenção Básica e pondo sob responsabilidade do município a integração entre o PSF e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Dessa forma, os Agentes Comunitários de Saúde tornam-se os responsáveis por divulgar o PSF dentro da sua comunidade. Nesse caso, para definir onde seriam implantadas as equipes, foi utilizada a idéia

dos distritos sanitários, conjuntamente com áreas em que não havia serviço de saúde, entre outros critérios (GRALHA; MORAIS, 2007).

Em relação à Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Brasil, sua inserção no PSF ocorreu no ano de 2000, representando um novo aporte de recursos financeiros e a ampliação das redes de serviços em vários pontos do país (SOUZA, 2008a). Já no município de Porto Alegre, a ESB foi inserida no ano de 2001, através da Portaria nº 267, inicialmente com três equipes distribuídas entre as unidades com a Saúde da Família implantada e com maiores necessidades diagnosticadas (GRALHA; MORAIS, 2007).

Diante da importância que a Estratégia de Saúde da Família representa para a efetiva estruturação e consolidação do SUS no Brasil, o presente estudo propôs-se a caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, em relação ao número de equipes, no município de Porto Alegre, desde sua implantação, em 2001, até o momento atual¹.

¹ Ainda que o Programa Saúde da Família (PSF) seja entendido pelas autoras como uma Estratégia (ESF), este estudo apresenta descrito os termos PSF e ESF como sinônimos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o processo de implantação em relação ao número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre, desde sua implantação, em 2001, até o momento atual.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar dados sobre a Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e em Porto Alegre.
- Produzir informações sobre a inclusão da ESB na ESF no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e em Porto Alegre.
- Comparar dados dos Agentes Comunitários de Saúde, da Estratégia de Saúde da Família e da Equipe de Saúde Bucal, no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre.
- Verificar a qualidade dos sistemas de informação em saúde consultados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

No sentido de compreender como se deu o processo de formação do SUS, é necessário o entendimento de como se estruturaram as ações de saúde pública e a assistência médica no Brasil do século XX.

Com efeito, a atuação do Estado brasileiro, o que diz respeito a tentativa de resolução dos problemas de saúde da população teve, desde seu surgimento, no início do século passado até os anos 1980 três características básicas: a vinculação direta entre as políticas de saúde e o modelo econômico vigente; o caráter excludente dessas iniciativas, na medida em que inúmeras pessoas não tinham acesso aos benefícios concedidos e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004, p. 251).

Um dos primeiros modelos de assistência à saúde no século passado foi o da Previdência Social, que teve como práticas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, que eram organizadas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. De acordo com a importância estratégica, alguns operários de empresas específicas recebiam serviços de saúde, de responsabilidade das CAPs (RONCALLI, 2003). Os recursos eram originários de três instâncias: dos empregados, dos empregadores e da União. Iniciava-se a divisão de responsabilidades no setor da saúde pois o Estado se encarregou de financiar e implantar ações coletivas de saúde (controle de endemias) e o seguro social, através das contribuições, encarregado da assistência médica (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Mais tarde as categorias profissionais se organizaram em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), resultando na centralização das ações de saúde pela maior participação do Estado. No que diz respeito à saúde pública, ações sanitárias foram aplicadas em regiões de interesse econômico, sendo essas organizadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Os IAPs fusionaram-se, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com o crescimento da atenção médica da Previdência Social e com a exclusão da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência das CAPs e dos IAPs, o Estado centralizou cada vez mais as ações em saúde.

A partir da década de 1970, o Estado estabelece uma lógica de mercado, com a prestação de serviços de saúde de forma terceirizada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o que levou a precariedade do sistema

e a insatisfação dos usuários, comprovada pelos indicadores de saúde da época. Surge então o Movimento pela Reforma Sanitária, que objetivava a reestruturação do sistema, através da criação de um modelo unificado, de acesso universal e descentralizado, reforçado na Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, em 1978, onde foi posto também em questão a situação do quadro de saúde brasileiro.

Propostas para reestruturação do sistema de saúde foram criadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que se destacou pelo seu caráter democrático, contando com a representação de milhares de delegados (usuários, prestadores de serviço de saúde, políticos e sindicalistas) e pela forma com que foi organizada, através de conferências municipais e estaduais. A herança deixada por esse evento foi o relatório final que influenciou fortemente a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008; MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004; RONCALLI, 2003).

Em 1988, então, foram moldadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, através do artigo 196 da Constituição Federal e a organização do serviço detalhada no artigo 198. Assim, as ações do SUS seguem os seguintes princípios e diretrizes: Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização, Resolutividade, Descentralização e Participação dos cidadãos (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004). Em 1990, esses princípios foram regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): Lei 8.080, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e Lei 8.142, a qual estabelece a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2010d).

Com o objetivo de reafirmar e detalhar as normas constitucionais de operacionalização do SUS, o Estado criou as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 91, 93 e 96 (RONCALLI, 2003).

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

No Brasil do início do século XX, a Odontologia era marcada por um caráter mercantilista e monopolista, pois tinha uma prática de acordo com o mercado. Dessa forma, pode-se dizer que, por seguir essa lógica, não intervia nos reais problemas de saúde da população, tornando-se ineficaz e ineficiente, por ter enfoque curativo, apesar de haver alta

sofisticação tecnológica. Além disso, apresentava baixa cobertura populacional, má distribuição, falta de coordenação entre as instâncias do serviço e inadequação no preparo dos profissionais de saúde.

Um fato histórico marcou o ano de 1964, com a criação do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e de vários Conselhos Regionais de Odontologia (CRO). Esses órgãos tinham o intuito de fiscalizar o exercício profissional, sendo este regulamentado pela Lei 5.081, de 1966. Em 1952, conjuntamente à Odontologia de Mercado, foram implementados programas de Odontologia Sanitária pelo SESP (Serviço Especial de Saúde Pública criado em 1942), sendo, segundo Narvai e Frazão (2008), a “primeira vez que o Estado brasileiro intervinha no setor munido de uma política explícita com a finalidade de proteger a saúde bucal da população, desenvolvendo concomitantemente ações preventivas e de reabilitação”.

Dentro da Odontologia Sanitária do SESP destacou-se, pela sua difusão, o Sistema Incremental, o qual priorizava uma população escolar, eliminava as necessidades acumuladas e a mantinha em controle. Dessa forma, visava ao completo atendimento dental, através de ação horizontal (programa preventivo para controle da incidência dos problemas, com uso de métodos contendo substâncias fluoretadas) e ação vertical (programa curativo, solução dos problemas prevalentes), apoiadas por um programa educativo, com o emprego de pessoal auxiliar.

De acordo com Nickel, Lima e Silva (2008), o Sistema Incremental foi um modelo importante pelo caráter programático das ações, rompendo com o atendimento guiado pela demanda espontânea, mas era restrito aos escolares de 6 a 12 anos - população constante para atendimento e com maior incidência de cárie - excluindo outras faixas etárias. Além disso, o índice de cárie não reduziria, pois os elementos cariados seriam substituídos pelos restaurados.

Para Narvai e Frazão (2008), esse sistema não teve sucesso por ter sido desenvolvido em locais com gerenciamento precário, ausência de recursos e de enfoque epidemiológico e a Odontologia Sanitária reduziu-se a programas odontológicos escolares. Já os autores Nickel, Lima e Silva (2008), descreveram que a prática clínica era melhor enfatizada em relação à promoção e à educação em saúde.

Mais tarde, entra em destaque o Modelo de Odontologia Integral, no qual se manteve a idéia de atendimento programado, através de prevenção, manutenção da saúde, reconhecendo a cárie como doença infectocontagiosa e inserindo a idéia da formação de uma equipe odontológica. Um modelo de Inversão da Atenção surgiu, contrariando as ações curativas anteriormente existentes, enfatizando métodos de prevenção de cárie, seguindo pelo

tratamento e reabilitação do paciente, de forma seqüencial. Infelizmente, o programa não conseguiu pôr em prática os princípios do SUS como pretendia.

Outro modelo de atenção foi o de Atenção Precoce, que deu origem a programas de enfoque na população de crianças de zero a seis anos, com educação ainda na gestação, acreditando numa prevenção precoce desde a dentição decídua. Em alguns locais não teve êxito, pois as clínicas de bebês foram implantadas fora da lógica e das estruturas programáticas. Encontrou-se problemas no cumprimento da Universalidade, Integralidade e Equidade nas ações de saúde bucal por privilegiar somente uma parte da população, deixando desprovidos de assistência os usuários dos demais ciclos de vida. Atualmente, o programa em vigor é focado na família, sendo denominado de Programa de Saúde da Família (PSF) (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

3.3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Dentro de uma proposta de fortalecimento da Atenção Básica, foi implantado no Brasil, a partir de 1994, o PSF, tendo como eixo norteador o núcleo familiar e a comunidade. O PSF era composto inicialmente por uma equipe básica de saúde formada por médico(a), enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários(as) de Saúde (BRASIL, 2006).

Anterior ao PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991, tinha o intuito maior de reduzir a mortalidade materno-infantil em regiões menos favorecidas do Brasil (GRALHA; MORAIS, 2007), através de profissionais moradores da própria comunidade, capacitados para orientar as famílias sobre os cuidados em saúde (FERRAZ; AERTS, 2005). Mais tarde, no ano de 1996, o PACS uniu-se ao PSF com o intuito de divulgá-lo, já que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estavam presentes maciçamente na comunidade em que viviam. E foi através da Portaria 1886/97, que houve incentivos aos dois programas, propiciando o vínculo com a família e o controle social (GRALHA; MORAIS, 2007).

Dessa forma, o PSF representa uma forma de modificar os modelos de assistência à saúde anteriores, centrado não mais na doença, mas na saúde. Através de ações programáticas, busca promover a qualidade de vida, intervindo nos fatores de risco para a doença. Mas na medida em que tem foco na atenção básica, não se restringe a ela, proporcionando atenção integral em todos os níveis de complexidade e mantendo também a garantia do menor desperdício (BRASIL, 2000).

Historicamente, a saúde bucal tem uma longa trajetória dentro da saúde pública, até chegar à conjuntura atual. Para inserir a saúde bucal no SUS, com base nas suas diretrizes e princípios, os delegados presentes na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, propuseram um Programa Nacional de Saúde Bucal, que ocorreu juntamente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os governos seguintes, porém, desconsideraram o debate e as resoluções sobre o tema. Além disso, dois programas de saúde bucal foram implantados e executados concomitantemente: primeiro, o Programa Nacional de Controle da Cárie Dentária com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF), em 1988, com planejamento e execução centralizados na direção geral do Departamento de Odontologia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social (INAMPS), órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, e segundo, o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD), em 1989, pelo Ministério da Saúde. Ambos contrariavam, no mínimo, os princípios de Integralidade e Municipalização do SUS (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Esses programas chegaram ao fim, em 1989, com a eleição direta à Presidência da República de Fernando Collor de Mello que, através do “Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 – A saúde do Brasil Novo” definiu sua política nacional de saúde. Quanto à saúde bucal, o documento mencionava “apenas metas para o câncer de orofaringe, cárie e doença periodontal e as respectivas atividades a serem desenvolvidas para alcançá-las”, mas não explicitou uma política nacional para o setor. Ainda no governo Collor, o INAMPS foi extinto e o modelo seguido por esse governo neoliberal supervalorizava a quantidade de procedimentos realizados, gerando conflitos entre os setores público e privado, que refletia em superposição de ações, desperdiçando recursos e oferecendo mau atendimento à população (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Nesse contexto, foram criados os “Procedimentos Coletivos” de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) pela Portaria nº 184 (1991). Assim, além do financiamento de iniciativas intersetoriais (fluoretação das águas e ações individuais), o Fundo Nacional de Saúde financiou atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal (aplicação de bochechos de flúor e escovação supervisionada com dentifrício fluoretado). Nos governos que se seguiram, após o impeachment de Collor, em 1992, as ações de saúde bucal no âmbito do Ministério da Saúde diminuíram consideravelmente (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1993, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, articulada com a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), sob o tema central “Saúde bucal é direito de

cidadania” e as discussões ficaram centradas nos problemas advindos da forte resistência do Governo Federal em garantir a participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS e a descentralização das ações e serviços. Os resultados foram: diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal em nível nacional, que indicaram um novo modelo de atenção em saúde bucal e de profissionais, formas para o financiamento e Conselhos de Saúde para o controle social, em defesa de ações descentralizadas (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu, pela portaria 1.444, incentivo financeiro para a reorganização municipal da atenção à saúde bucal através do Programa de Saúde da Família (implantado em 1994) (NARVAI; FRAZÃO, 2008; DIAS, 2006). Nessa mesma portaria, ficou estabelecido que a área de atuação de cada ESB devia abranger 6.900 habitantes, sendo que poderia ser implantada apenas uma ESB para cada duas Equipes de Saúde da Família em atuação. Essa proporção desigual foi modificada somente com a portaria 673 do ano de 2003, que possibilitou a igualdade de proporção entre ESB e a equipe médica.

Porém, somente no ano de 2001, a saúde bucal foi agregada ao PSF através da Portaria nº 267, documento em que estão definidas as funções de cada membro da Equipe de Saúde Bucal (Cirurgião-Dentista - CD, Auxiliar de Saúde Bucal - ASB, Técnico em Saúde Bucal - TSB, Agente Comunitário de Saúde – ACS), as responsabilidades das três instâncias de governo (Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS)) e os procedimentos relacionados à Saúde Bucal na Atenção Básica. Foram adotadas duas modalidades de equipe: modalidade I (Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) e modalidade II (Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal) (DIAS, 2006).

No PSF, há um campo de trabalho para os Cirurgiões-Dentistas, mas que apresenta características de uma outra forma de trabalho, como o foco da atenção na família (e não mais no indivíduo), atenção integral, trabalho com a equipe multiprofissional, além de ser necessária formação ou capacitação voltada aos princípios e diretrizes do SUS. Em uma realidade em que há uma grande demanda reprimida por serviços odontológicos por parte da população brasileira, apesar do aumento gradual do número de Cirurgiões-Dentistas formados, a ESB no PSF tem papel fundamental na melhoria das condições de saúde bucal e geral, uma vez que o profissional é capaz de tratar na atenção básica, aproximadamente, 70% dos problemas de saúde bucal (AGRIPINO et al., 2007).

Segundo Manfredini (2006), há uma diferença na implantação das equipes de saúde bucal, quando se compara municípios de pequeno porte com as grandes cidades, nas quais esse processo foi mais lento, o que pode ser explicado pela existência de outra forma de

assistência, que não o PSF e pela dificuldade de expansão no serviço público após a Lei de Responsabilidade Fiscal entrar em vigor. Gil (2006) acrescenta que, apesar do avanço da ESF, o maior desafio é sua consolidação como estratégia nos grandes centros urbanos, pois apresenta muitas fragilidades provenientes desse processo de mudanças. Lourenço et al. (2009), encontraram uma relação positiva entre o tamanho do município e a implantação das ESB's: quanto maior o porte do município, de forma mais lenta ocorre a implantação do PSF, tanto em Minas Gerais quanto no resto do país. Isso pode ser explicado pelo fato de que em municípios menores era mais fácil atingir grande cobertura com poucas equipes e essa cobertura populacional garantia aumento no repasse para as equipes.

Durante o governo Lula, em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente foi apresentado como uma política de governo para ampliar o acesso à atenção em saúde bucal, de acordo com o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” e com o Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil. A política está baseado numa rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços, na Integralidade das ações, articulando individual e coletivo, promoção/ prevenção e tratamento/ recuperação da saúde da população, na educação permanente aos trabalhadores em saúde bucal e a definição de agenda de pesquisa científica. Complementando os princípios constitucionais da Universalização, Integralidade e Equidade, há seis princípios, expressos no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que norteiam o desenvolvimento das ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Dentre as formas de integrar a saúde bucal nas comunidades por meio do PSF, há a colaboração dos ACS, que possibilitam a aplicação de ações de saúde bucal, juntamente com suas atividades, tornando-se multiplicadores de informações e promovendo a saúde no ambiente familiar (PONTES; AGUIAR, 2008).

3.4 EXPERIÊNCIAS DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM OUTROS ESTADOS DO BRASIL

O estado do Paraná (PR) foi o pioneiro no Brasil a implantar a ESB no PSF, sendo que, em 2002, 303 dos 399 municípios haviam implantado o programa e 136 deles tinham Equipe de Saúde Bucal. No estudo feito por Baldani et al. (2005), verificou-se que a maior parte dos municípios do Paraná que haviam implantado o PSF eram de pequeno porte. Além disso, houve maior número de equipes de saúde bucal nos municípios de pequeno porte,

comparado aos de médio e grande porte. A presença da Equipe de Saúde Bucal representou um percentual de 45,96% dentre os municípios que tinham PSF, em 2002. O número total de ESB na época era de 278, sendo que, dos 105 municípios que participaram do estudo, 66 eram modalidade I e 39 modalidade II. Na mesma pesquisa, observou-se que 65% das equipes de saúde bucal atendiam até 5 mil pessoas e a proporção subia para 85% se fosse considerada uma população adscrita de até 6.900 pessoas, sendo esse número superior ao máximo recomendado pelo MS (BALDANI et al., 2005).

No estado de Minas Gerais (MG), dos 853 municípios, 723 (84,7%) tinham o PSF implantado e destes, até o primeiro semestre de 2004, 310 contavam com Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF, totalizando 724 ESB (79,1% eram de modalidade I e 20,9% de modalidade II). Nesse estado, 62% dos municípios eram considerados de pequeno porte (até 10.000 habitantes), 33% de médio porte (10.000 a 50.000 habitantes) e 5% de grande porte (acima de 50.000 habitantes). Através de questionários para os gestores e para os integrantes das ESB, os autores encontraram, como pontos positivos, a Universalidade do acesso, a jornada “integral” de trabalho (8h por dia) e a ampliação quantitativa. Já, como pontos negativos, encontraram a falta de capacitação da ESB, demanda excessiva, precárias relações de trabalho (baixos salários e contratações instáveis) e falta de envolvimento entre ESB e o resto da equipe de PSF. Além disso, eles verificaram que o aumento do número de ESB's, tanto no estado citado quanto no Brasil, coincidiu com o aumento nos incentivos financeiros às ESB's (LOURENÇO et al., 2009).

Já no estado do Rio Grande do Sul (RS), segundo Ely (2002), enquanto o crescimento em relação às unidade de saúde foi de 4%, a capacidade física instalada de equipamento odontológicos, de 1998 a 2002, aumentou em 26%, resultando num maior número de unidades com equipamentos odontológicos. A autora encontrou, em 2002, que haviam 6.240 Cirurgiões-Dentistas (metade do número total de CD's do Estado) vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), não necessariamente à ESB.

Quanto ao pessoal auxiliar, havia 101 Técnicos em Saúde Bucal (TSB) vinculados à rede pública e não havia registros de Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). Em relação aos indicadores da atenção básica, a autora encontrou que, mesmo havendo indícios de uma mudança na prática mutiladora (exodontias) para uma mais conservadora no RS, a razão entre exodontias e ações individuais atingiu uma das médias mais altas, confirmando que a prática mutiladora ainda era muito praticada no RS, e que não houve mudanças significativas em relação ao registro de primeira consulta nos últimos seis anos.

O estado do Rio Grande do Sul mantinha, no período, baixos índices quanto à procedimentos coletivos e preventivos em saúde bucal, ficando abaixo das médias da região sul e nacionais. Quanto à primeira consulta, procedimentos coletivos e exodontias, estes dados sugeriram que “a rede considerável de assistência e o número suficiente de profissionais trabalhando no setor público não garantiam avanços concretos na atenção à saúde bucal” (p.73).

3.5 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Segundo Luvison e Baldisserotto (2008), a Estratégia de Saúde da Família foi implantada em Porto Alegre no ano de 1996, apesar de já existir o chamado Serviço de Saúde Comunitário (SSC), desenvolvido pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), na zona norte e leste da capital, que realizava atendimentos com foco na atenção básica. Esse serviço, além da atenção primária, era referência para média e alta complexidade, sendo resolutivo em 85% das necessidades da população e garantindo o atendimento especializado e hospitalar (RADAELLI et al., 1990).

Desse modo, o ano de 1995 marcou o início da implantação do PSF na capital, segundo Gralha e Morais (2007), em que os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), organizados em uma comissão, elaboraram um projeto para a formação de Equipes de Saúde da Família, com um novo perfil em consonância com os princípios de Equidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde e voltado para promoção da saúde e não mais na doença. Esse projeto fez-se necessário pela existência de vazios de atendimento em saúde e para complementar a cobertura de assistência em áreas de grande vulnerabilidade sócio-sanitárias.

A proposta inicial do projeto era partir de trinta Equipes de Saúde da Família e, em um ano, chegar a 100 equipes, sendo que uma unidade poderia ter mais de uma equipe, cobrindo 460.000 cidadãos. As primeiras nove equipes foram: PSF Safira, PSF Jardim Cascata, PSF Santa Anita, PSF Santa Tereza, PSF Planalto, PSF Ponta Grossa, PSF Esmeralda, PSF São Pedro e PSF Viçosa.

Foram utilizados como critério para receber Equipes de Saúde da Família: a ausência de serviço e/ou dificuldade de acesso ao que existia; o perfil sócio-sanitário das comunidades de baixa renda (considerando aspectos como alcoolismo, desnutrição, drogas, incidência de doenças infecto-contagiosas e prevalência de doenças crônico-degenerativas,

entre outros); mapeamento da mortalidade infantil, feito através do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM) e contando com dados de outros sistemas (Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC, Projeto Vigilância, Projeto de Atendimento Integral à Saúde das Crianças Menores de um ano e Projeto de Crianças e Gestantes em Risco Nutricional – PRN); e moradia, pela qual famílias foram assentadas em novas áreas, onde foi prevista a infraestrutura necessária para se estabelecer Equipes de Saúde da Família (GRALHA; MORAIS, 2007).

A Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS/ POA) buscou parceria com o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) para selecionar e capacitar os profissionais das Equipes de Saúde da Família que seriam implantadas. Na nova concepção de trabalho dentro do PSF, o profissional deveria residir em Porto Alegre, cumprir carga horária de 40 horas, em regime de dedicação exclusiva para atender à comunidade e com os direitos trabalhistas previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (GRALHA; MORAIS, 2007).

A capacitação para as nove primeiras equipes ocorreu em 40 dias de turno integral com módulos, em parte, teóricos (com temas como princípios norteadores do PSF, diretrizes e estratégias da SMS, entre outros) e, em parte, práticos (diagnóstico da área de atuação e cadastramento das famílias). A educação continuada desses profissionais seria função do Estado, mas acabou sendo promovida pelo município, destacando-se, como temas, DST e AIDS, diabetes, hipertensão, pré-natal, saúde bucal, além da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (GRALHA; MORAIS, 2007).

A estratégia do PSF exige avaliação periódica do trabalho das equipes e adequada proposta de educação continuada. O sistema de informação, quando compreendido pela ESF como uma ferramenta para medir a qualidade de atenção, é eficaz do planejamento a avaliações das ações (GRALHA; MORAIS, 2007, p. 41).

No que diz respeito à saúde bucal no PSF, o primeiro processo seletivo para Cirurgião-Dentista, em Porto Alegre ocorreu no ano de 2001 (FAURGS, 2009). E, atendendo ao Ministério da Saúde, o município implantou em 2001 as primeiras 3 equipes de saúde bucal no PSF São Borja e o PSF Lomba do Pinheiro, segundo critérios como maior número de crianças cadastradas no PSF e unidades com espaço para ser adaptado ou construído o consultório odontológico, priorizando a equipe de modalidade tipo II para atenderem, aproximadamente, 6900 usuários. Em 2007, a capital contava com 63 equipes distribuídas em 47 unidades de PSF e cobrindo 14% da população do município (GRALHA; MORAIS, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo pretendeu caracterizar o processo de implantação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, desde sua implantação até o momento atual (de 2001 a 2010) no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul.

A cidade foi fundada em 26 de março de 1772 e está limitada pelos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Eldorado do Sul, Nova Santa Rita, Triunfo e Viamão. Geograficamente, possui uma área de 496,827 km² para 1.360.590 de habitantes (635.820 homens e 724.770 mulheres), segundo o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A estimativa populacional do IBGE para 2008 foi de 1.430.220 pessoas, segundo dados do OBSERVAPOA (2010). O clima é subtropical úmido, com verões quentes e invernos frios e chuvosos (PORTO ALEGRE ONLINE, 2010).

Quanto aos indicadores, o Índice de Desenvolvimento Humano-Municipal (IDH-M) do município, em 2000, foi de 0.865, ocupando o 1º lugar entre as cidades com mais de 1 milhão de habitantes. O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE), de 2005, foi de 0.829, deixando a capital em 1º lugar na Região Metropolitana de Porto Alegre e o Produto Interno Bruto (PIB) foi de 30.116.002.000 de reais, em 2006, sendo que o PIB *per capita* foi de 20.900 de reais no mesmo ano.

Quanto ao Valor Adicionado Bruto (VAB), em 2006, em 1º lugar estava o setor de Serviços (86,04%), seguido pela Indústria (13,89%) e a agropecuária (0,07%), de acordo com dados da Fundação de Economia e Estatística (FEE) (OBSERVAPOA, 2009). Em 2006, o IDESE foi de 0,832, ocupando o 2º lugar na Região Metropolitana de Porto Alegre e o Produto Interno Bruto (PIB) foi de 33.434.026.000 de reais, em 2007, sendo que o PIB *per capita* foi de 23.534 de reais no mesmo ano.

Quanto ao Valor Adicionado Bruto (VAB), em 2007, em 1º lugar estava o setor de Serviços (86,87%), seguido pela Indústria (13,07%) e a Agropecuária (0,06%), de acordo com a FEE (OBSERVAPOA, 2010).

Segundo os dados da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), o coeficiente de mortalidade infantil era de 11,64 óbitos de crianças menores de 1 ano em cada 1.000 nascidos vivos, em 2008 (PORTO ALEGRE, 2010d). Esse valor mostra-se abaixo dos encontrados estado do Rio Grande do Sul (13,1) e do Brasil (20,7), em 2006 (BRASIL, 2010r).

No mesmo ano, toda a população, segundo o Departamento Municipal de Água e Esgoto (DMAE) e Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU), tinha coleta de lixo (100%), a maioria era abastecida com água (99,5%) e tinha rede de esgoto (85,0%), mas apenas 27% tinha o esgoto tratado pela Estação de Tratamento de Esgotos (PORTO ALEGRE, 2010d).

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida a partir de uma revisão de literatura e de dados secundários com o objetivo de caracterizar o avanço da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre, desde sua implantação, em 2001, até o momento atual.

A revisão pode ser definida como um método de se localizar, avaliar e sintetizar as evidências provenientes de estudos primários. Possibilita, ainda, esclarecer as evidências disponíveis sobre um determinado tema (MACFARLANE; GLENNY; WORTHINGTON, 2001).

4.2.1 Estratégias de busca de dados secundários

A busca de dados secundários deu-se por meio de consultas a dados virtuais, vinculados ou não aos governos Federal, Estadual e Municipal, como pode ser visualizado abaixo:

Sites de busca utilizados para coleta de dados	
LOCAL DA PESQUISA	SITE ENCONTRADO
IBGE	http://www.ibge.gov.br/home/
SMS PORTO ALEGRE	http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/
OBSERVA POA	http://www.observapoa.palegre.com.br/
PREFEITURA DE PORTO ALEGRE	http://www.portoalegre.rs.gov.br/
FAURGS	http://www.faurgs.ufrgs.br/
MINISTÉRIO DA SAÚDE	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm
SES DE PORTO ALEGRE	http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp
OMS	http://www.who.int/en/
SAÚDE DA FAMÍLIA	http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/
PORTAL TRANSPARÊNCIA	http://www.portaltransparencia.gov.br/
DATASUS	http://www.datasus.gov.br/
ANUÁRIO ESTATÍSTICO	http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/anuario/

4.2.2 Estratégias de busca bibliográfica

Os procedimentos relacionados às buscas nas bases de dados respeitaram as seguintes etapas:

a) Primeira etapa - identificação de descritores controlados junto à base da BIREME (DeCS) e não controlados, considerando os unitermos mais citados em literatura de referência. A busca nas bases de dados foi conduzida utilizando-se todas as combinações possíveis entre dois grupos de palavras. A combinação dos termos entre si foi utilizada como estratégia de busca nas bases que assim o permitiram, sendo todos abordados pela mesma metodologia, nos idiomas Inglês, Espanhol e Português, considerando a seguinte categorização dos estudos encontrados: título, autor, fonte, país de origem, ano.

Nesse estudo foram utilizados os seguintes descritores: “Programa de Saúde da Família/PSF, Estratégia de Saúde da Família/ESF, Equipe de Saúde Bucal, saúde coletiva, saúde bucal no município de Porto Alegre”, “Saúde Bucal”.

b) Segunda etapa – foi realizado o refinamento da pesquisa, com a finalidade de tornar a busca mais específica e voltada ao objetivo deste estudo. Foi especificado o período de 2000 a 2010 no campo denominado limites / *limits* durante a busca avançada dos dados.

c) Terceira etapa – foi realizada uma busca avançada pelos estudos que envolviam a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre e a análise do conteúdo de cada estudo encontrado, incluindo estudos pertinentes ao tema principal desta pesquisa. Foram excluídas as produções científicas não relacionadas com o escopo do presente estudo, as produções duplicadas, cartas e editoriais. A revisão foi conduzida nas principais bases de dados nacionais e internacionais, a saber: Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Biomedical Journal Literature* a serviço da *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed). A busca foi limitada por artigos com *abstract* nos idiomas Inglês, Espanhol e Português.

Após a obtenção dos resultados de busca, as pesquisadoras (revisoras) leram todos os títulos e resumos, selecionando os estudos relevantes. Considerou-se como critério de inclusão dos artigos, referirem-se a estudos em língua inglesa, espanhola ou portuguesa em que a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre tenha sido investigada.

Os artigos foram obtidos na íntegra e selecionados pelas pesquisadoras de acordo com o interesse para o estudo. Nessa fase, também foram selecionadas as citações de potencial interesse, a partir das listas de referências dos estudos selecionados pelos resumos.

4.2.3 Controle de qualidade dos dados

O controle de qualidade foi feito pelas próprias pesquisadoras durante a seleção do material consultado.

4.2.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados e apresentados de forma descritiva e por meio de tabelas e gráficos construídos no programa Excel.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa pretendeu caracterizar o avanço da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre, desde sua implantação até o momento atual. Entendendo a importância do contexto federal e estadual para o entendimento da situação municipal, foram pesquisadas informações sobre o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde/ Estratégia de Saúde da Família/ Equipe de Saúde Bucal, no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e, de modo específico, no município de Porto Alegre. Nesse sentido, foi conduzida uma busca de dados secundários e uma revisão de literatura.

O Quadro 1 apresenta um resumo dos dados secundários pesquisados sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e a Equipe de Saúde Bucal de acordo com as diferentes fontes de consulta nos níveis Federal, Estadual e Municipal.

Quadro 1 – Dados secundários encontrados em fontes de consulta nas esferas Federal, Estadual e Municipal, 2010.

		INFORMAÇÃO ENCONTRADA	FONTE DE CONSULTA	
NACIONAL		Nº DE ACS	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#nmeros	
		Nº DE ESF	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#nmeros	
		Nº DE ESB	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#nmeros	
	ESTADUAL		Nº DE ACS	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm
			Nº DE ESF	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm
			Nº DE ESB	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm
MUNICIPAL		POPULAÇÃO COBERTA PACS	http://www.datasus.gov.br/	
		POPULAÇÃO COBERTA PSF	http://www.datasus.gov.br/	
		ACS IMPLANTADOS	http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php	
		ESF IMPLANTADOS	http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php	
		ESB IMPLANTADOS (I/ II)	http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php	

Em relação à revisão de literatura, os estudos selecionados relacionados com o tema Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre de 2000 a 2010 encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Estudos nacionais sobre a Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, segundo ano de publicação, local de publicação e tema. Período 2001-2010.

AUTOR(ES)	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL DE PUBLICAÇÃO	TEMA
SOUZA	2003	Dissertação de Mestrado	A Saúde Bucal em Porto Alegre: Avaliação dos Serviços da Rede Básica de Origem Municipal.
FERRAZ; AERTS	2005	Ciência & Saúde Coletiva	O agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre.
MENDONÇA; MACADAR	2008	Revista Eletrônica de Sistemas de Informação	A Importância dos Sistemas de Informação para o Planejamento de Ações e Políticas de Saúde no Programa de Saúde da Família do Município de Porto Alegre
MAFFACCIOLLI; LOPES	2010 (no prelo)	Ciência & Saúde Coletiva	Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre

5.1 A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL: O QUE MOSTRAM OS DADOS

Segundo dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2001, o Brasil contava com 13.155 Estratégia de Saúde da Família, tendo 2.248 Equipes de Saúde Bucal e 152.865 Agentes Comunitários de Saúde. Nesse ano, 86,1% dos municípios contavam com a presença de ACS, 66,2% com ESF e apenas 23,2% tinham ESB. O Brasil possuía 5.561 municípios e tinha uma população de 172.385.826 de habitantes (BRASIL, 2010g), sendo que um quinto da população brasileira estava em contato com a ESF (FERRAZ; AERTS, 2005).

No Rio Grande do Sul, nesse mesmo período de 2001, o MS informava a presença de 497 municípios e uma população de 10.309.819 de habitantes. Desses municípios, 73% contavam com a presença de ACS, 34% com ESF e apenas 2,8% tinham ESB. A Tabela 1 apresenta o número e o percentual de municípios do Brasil e do Rio Grande do Sul com ESF, ESB e ACS, bem como a população coberta pelos mesmos nesse ano (BRASIL, 2010g).

Tabela 1 – Distribuição dos municípios no Brasil e no Rio Grande do Sul com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) e população coberta. Ministério da Saúde, dados de 2001.

	MUNICÍPIOS NO BRASIL (%)	POPULAÇÃO COBERTA NO BRASIL (%)	MUNICÍPIOS NO RS (%)	POPULAÇÃO COBERTA NO RS (%)
COM ACS	4.786 (86,1)	80.336.759 (46,6)	363 (73,0)	2.506.738 (24,3)
COM ESF	3.682 (66,2)	43.829.910 (25,4)	169 (34,0)	965.908 (9,4)
COM ESB	1.288 (23,2)	13.855.741 (8,0)	14 (2,8)	67.106 (0,7)
TOTAL	5.561 (100,0)	172.385.826 (100,0)	497 (100,0)	10.309.819 (100,0)

FONTE: BRASIL. MS/SAS/DAB, 2010g.

Destaca-se que as 169 ESF existentes no Rio Grande do Sul, nesse período, representavam 4,6% do total nacional. Em relação a saúde bucal, essa proporção é bem menor, sendo de 1,1% do total brasileiro.

De 2002 a 2008, segundo dados do MS, se observa, no Brasil, o crescimento do número de equipes implantadas e municípios cobertos em relação a ACS, ESF e ESB. Destaca-se a cobertura populacional dos Agentes Comunitários de Saúde que evoluiu no período de 52,6% para 60,4 (aumento de 7,8%), da Estratégia de Saúde da Família que cresceu de 31,9% para 49,5% (aumento de 17,6%). Já as Equipes de Saúde Bucal tiveram um maior crescimento no período. As 4.261 equipes implantadas em 2002 evoluíram para 17.807 equipes em 2008. A cobertura populacional da ESB aumentou de 15,2% para 45,3% (aumento de 30,1%). Entre 2002 e 2008, houve um aumento dos ACS, ESF e ESB implantados, sendo de 31,2% para ACS, 75,4% para ESF e de 317,9% para ESB. Os dados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 – Número de equipes implantadas, municípios e a cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Brasil. Ministério da Saúde, 2002 a 2008.

INFORMAÇÕES / ANO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ACS							
IMPLANTADAS	175.463	184.341	192.735	208.104	219.492	210.964	230.244
Nº MUNICÍPIOS	5.076	5.143	5.122	5.242	5.309	5.265	5.354
COBERTURA POPULACIONAL	52,6%	54,1%	55,5%	58,4%	59,1%	56,8%	60,4%
ESF							
IMPLANTADAS	16.698	19.068	21.232	24.564	26.729	27.324	29.300
Nº MUNICÍPIOS	4.161	4.488	4.664	4.986	5.106	5.125	5.235
COBERTURA POPULACIONAL	31,9%	35,7%	39,0%	44,4%	46,2%	46,6%	49,5%
ESB							
IMPLANTADAS	4.261	6.170	8.951	12.603	15.086	15.694	17.807
Nº MUNICÍPIOS	2.302	2.787	3.184	3.897	4.285	4.294	4.597
COBERTURA POPULACIONAL	15,2%	20,5%	26,6%	34,9%	39,8%	40,9%	45,3%

FONTE: BRASIL. MS/SAS/DAB, 2010h; 2010i; 2010j; 2010l; 2010m; 2010n; 2010o.

O estudo de Dias (2006) refere que, no ano de 2004, 21.475 ESF cobriam 40% da população (70 milhões), distribuídas em 86,1% dos municípios do Brasil, e os ACS cobriam 56,1% da população em 93,7% dos municípios brasileiros.

Em relação à Saúde Bucal, o estudo de Agripino et al. (2007) registraram 4.261 ESB, concordando com os dados do MS para o ano de 2002. Já em 2004, os autores registraram 9.000 ESB, havendo uma diferença de 49 equipes confrontando com os dados da Tabela 2. Manfredini (2006) registrou, em 2004, 8.812 ESB, sendo que 8.096 eram da modalidade I (91,9%) e 716 da modalidade II (8,1%), havendo diferença de 139 ESB comparando com o informado pelo Ministério da Saúde. Ainda, Lourenço et al. (2009), encontraram um aumento de 106,8% de ESB, entre dezembro de 2002 e setembro de 2004, no Brasil.

Dados do Ministério da Saúde apresentam 24.564 Equipes de Saúde da Família, em 2005. Segundo estudo de Ferraz e Aerts (2005), o Brasil apresentava 17.608 ESF e a meta para 2006 era 32.000 ESF, atendendo a 100 milhões de pessoas, o que correspondia a cerca de 77% da população. Essa meta ficou abaixo dos valores encontrados para o mesmo ano nos

dados do MS, que registrava 26.729 ESF cobrindo 46,2% da população brasileira, em 2006. A previsão naquele ano era de 16 mil ESB, mas foram registradas 15.086, havendo uma diferença de 914 ESB a menos, conforme o MS, não atingindo a meta prevista (AGRIPINO et al., 2007).

O Gráfico 1 (BRASIL, 2010e) mostra a evolução de ESF implantadas e a metas de 2001 a 2007. Nota-se que os valores ficaram abaixo do esperado, com exceção no ano de 2006, quando o número de equipes implantadas na Saúde da Família foi ligeiramente superior ao da meta estabelecida (meta de 26 mil equipes e 26,5 mil equipes implantadas).

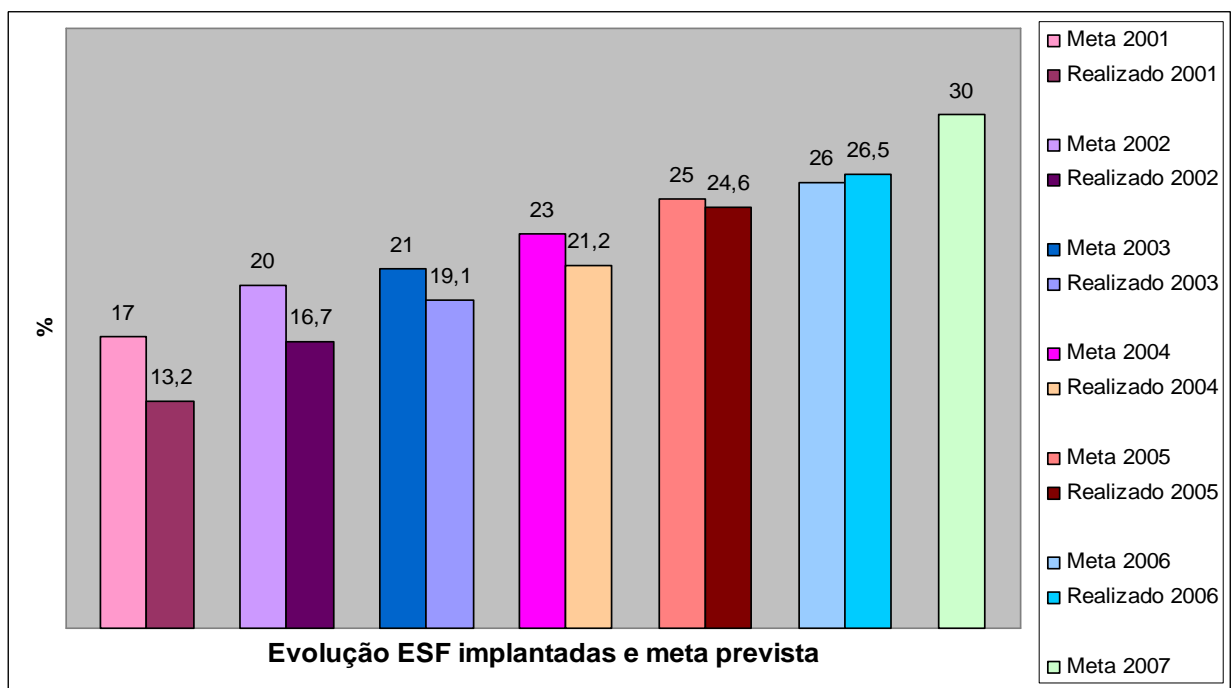


Gráfico 1 – Evolução do número de Estratégias de Saúde da Família (ESF) implantadas e a meta prevista para o Brasil de 2001 a 2007. Brasil, MS/UNASUS, 2010.

Segundo dados do Ministério de Saúde (Tabela 2), foram implantadas 27.324 ESF em 2007, não atingindo a meta prevista de 30 mil ESF (Gráfico 1). Comparando-se os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Tabela 2) e os da Universidade Aberta do SUS, do Departamento de Gestão da Educação em Saúde (Gráfico 1), verifica-se uma diferença em relação ao número de Equipes de Saúde da Família implantadas de 2003 a 2006, mostrando-se informações desiguais entre as próprias Secretarias/Departamentos no Ministério da Saúde no mesmo período de tempo.

Para o ano de 2009, os dados referem-se apenas às Equipes de Saúde Bucal. A tendência de crescimento continua sendo observada, tendo um aumento de cobertura populacional de 2,7% em relação a 2008. Houve um aumento de 249 ESB de 2009 para 2010

para um acréscimo de 20 municípios no Brasil (Tabela 3). Lourenço et al. (2009) registraram que, em 2009, havia 15.215 ESB para 4.314 municípios do país, cobrindo 40,2% da população brasileira. Já o Ministério da Saúde, registrou 18.982 ESB em 4.737 municípios, para o mesmo ano.

Tabela 3 - Número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas e de municípios com ESB no Brasil. Ministério da Saúde, 2009 e 2010.

EQUIPES DE SAÚDE BUCAL/ANO	2009	2010
IMPLANTADAS	18.982	19.231
Nº MUNICÍPIOS	4.717	4.737

FONTE: BRASIL. MS/SAS/DAB, 2010p, 2010q.

Em maio de 2010, quando a coleta de dados para o estudo foi realizada, a cobertura populacional ainda não tinha sido apresentada, mas um discreto aumento de 249 Equipes de Saúde Bucal foi verificado, representando um aumento de 1,3% em relação ao ano de 2009 (Tabela 3). De 2002 (Tabela 2) a 2010 (Tabela 3), houve um aumento total de 351,3% em relação ao número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil.

Para o Estado do Rio Grande do Sul, o MS disponibiliza dados referentes aos anos de 2002 a 2010 em relação a:

- estimativa da população coberta pelo PACS e ESF e proporção dessa cobertura no Estado;
- número de municípios com ACS e número de ACS implantados;
- número de municípios com ESF e número de ESF implantadas;

Os dados apresentados mostram que tanto para o PACS quanto para a ESF houve um crescimento no Rio Grande do Sul em relação ao número de equipes e cobertura populacional, assim como aconteceu no Brasil. Em 9 anos, o Programa dos ACS aumentou de 5.299 em 2002 para 7.880 (48,7%) equipes implantadas em maio de 2010 e a ESF de 470 para 1.199 (155,1%) no mesmo período, sendo que os maiores aumentos ocorreram nos anos de 2003 e 2004 com 30,8% e 37,0% de aumento, respectivamente. No entanto, esse crescimento aconteceu de modo irregular e discreto ao longo dos anos. De 2006 para 2007, por exemplo, o estado implantou mais 29 Equipes de Saúde da Família (2,7%); de 2007 para 2008, 92 novas equipes (8,6%) e de 2008 para 2009, 32 novas equipes (2,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Dados dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com relação ao número de municípios, equipes implantadas, estimativa/proporção de população coberta. Estado do Rio Grande do Sul, 2002-2010.

INFORMAÇÕES	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ACS									
MUNICÍPIOS	401	422	443	432	440	435	443	441	444
IMPLANTADOS	5.299	5.825	6.924	7.072	7.558	7.230	7.897	7.820	7.880
ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO COBERTA	2.844.469 (27,5%)	3.096.945 (29,7%)	3.679.535 (34,9%)	3.735.656 (35,5%)	3.989.611 (36,7%)	3.812.405 (34,7%)	4.152.137 (37,8%)	4.146.519 (38,2%)	4.175.121 (38,4%)
ESF									
MUNICÍPIOS	241	306	362	382	394	397	413	416	419
IMPLANTADAS	470	615	843	939	1.040	1.069	1.161	1.193	1.199
ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO COBERTA	1.483.398 (14,3%)	1.945.292 (18,6%)	2.688.256 (25,5%)	2.983.151 (28,3%)	3.310.584 (30,4%)	3.406.334 (31,0%)	3.718.954 (33,8%)	3.846.403 (35,4%)	3.863.228 (35,5%)

FONTE: BRASIL. MS/SAS/DAB, 2010a.

Pode-se observar que houve um aumento considerável do número de equipes na Estratégia de Saúde da Família no estado. Em 2002, dos 497 municípios existentes no Estado, 241 (48,4%) apresentavam a ESF. Já em 2009, dos 496 municípios do Rio Grande do Sul, 416 (83,8%) implantaram a ESF, resultando num aumento de 35,3% em sete anos (IBGE, 2010; BRASIL, 2010a). Comparativamente, no ano de 2002, o estado do Paraná apresentava um total de 399 municípios, dos quais 75,9% tinham ESF e 34,0% de ESB. Assim, nota-se que o estado do Rio Grande do Sul está com números muito abaixo dos encontrados no Paraná.

Em relação à saúde bucal e sua inserção na Estratégia de Saúde da Família no Rio Grande do Sul, dados do MS mostram um crescimento das ESB. Em 2002 eram 91 equipes chegando a 639 em 2010, ou seja, 548 ESB a mais (crescimento percentual de 602%, em 9 anos). Pode-se observar que os aumentos mais expressivos aconteceram de 2002 para 2003 (83,5%), 2003 para 2004 (90,4%) e de 2007 para 2008 (85,1%). Nos outros anos, esse aumento foi mais discreto. Por exemplo, de 2006 para 2007, o número de ESB aumentou apenas em 16 equipes (3,2%) e de 2008 para 2009, foram implantadas mais 35 equipes (5,8%). Os dados podem ser observados no Gráfico 2.

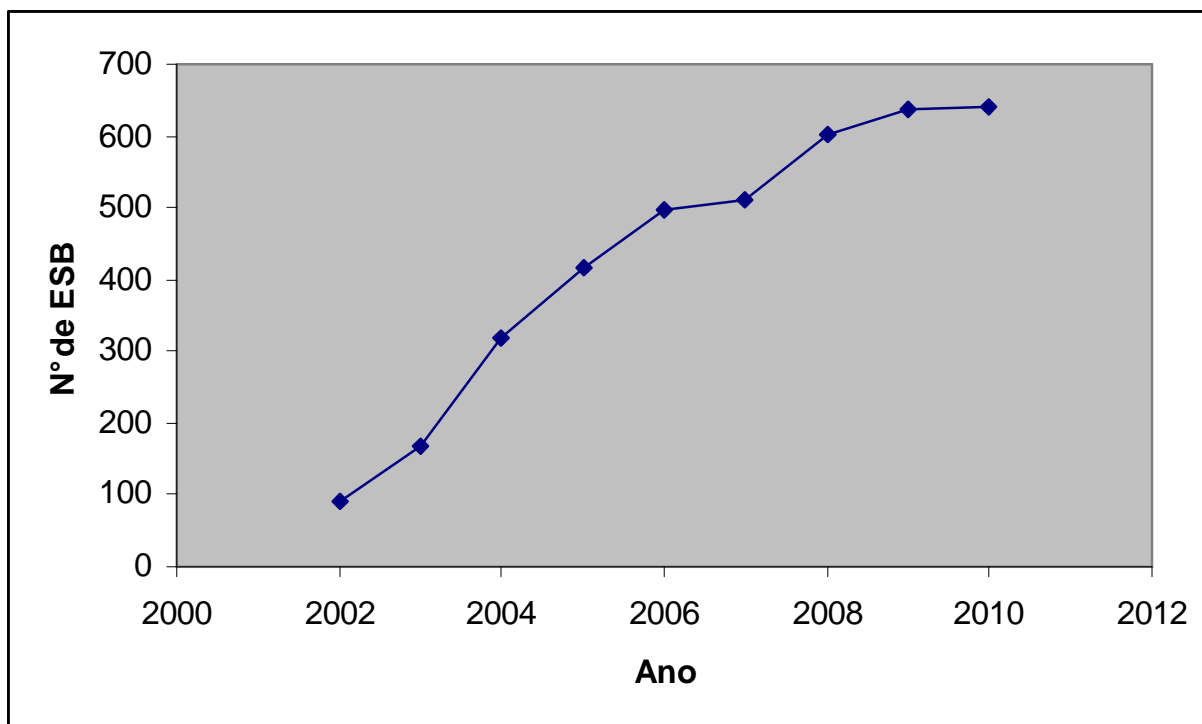


Gráfico 2 – Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), de 2002 a 2010. Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Brasil, MS/SAS/DAB, 2010.

Ely (2002) relatou ter havido um incentivo no estado do Rio Grande do Sul para a inclusão das ESB na Saúde da Família em 2002, o que pode ter refletido no aumento das ESB desse ano para 2003, gerando um crescimento de 83,5% em relação a 2002. Apontou, no entanto, como pontos críticos a precarização das relações de trabalho, demanda reprimida e duas áreas de atuação de PSF para uma ESB, serviços de urgência e de atenção secundária inexistentes ou insuficientes, entre outras.

Foram implantadas 87 equipes da modalidade I e 4 da modalidade II da ESB, no ano de 2002, totalizando 91 equipes de saúde bucal. Nos demais anos, as porcentagens de ESB da modalidade I em relação ao total de ESB ficaram em torno de 97%, com exceção dos anos de 2003 e 2005, cujos percentuais foram 98,2% e 98,5%, respectivamente. Em 2010, das 639 ESB, 621 (97,2%) eram da modalidade I e 18 (2,8%) da modalidade II. Assim, os percentuais para as ESB de modalidade II variaram de 1,5% a 4,4% no mesmo período. Os dados podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das Modalidades I e II das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e o total de ESB implantadas, de 2002 a 2010. Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

ANO	MODALIDADE I	MODALIDADE II	TOTAL DE ESB
	n (%)	n (%)	n (%)
2002	87 (95,6)	4 (4,4)	91 (100,0)
2003	164 (98,2)	3 (1,8)	167 (100,0)
2004	309 (97,2)	9 (2,8)	318 (100,0)
2005	411 (98,5)	6 (1,5)	417 (100,0)
2006	482 (97,2)	14 (2,8)	496 (100,0)
2007	499 (97,4)	13 (2,6)	512 (100,0)
2008	583 (97,0)	18 (3,0)	601 (100,0)
2009	618 (97,2)	18 (2,8)	636 (100,0)
2010	621 (97,2)	18 (2,8)	639 (100,0)

FONTE: BRASIL. MS/SAS/DAB, 2010a.

Quanto às modalidades da ESB nota-se que, de 2002 a 2010, a quase totalidade das equipes implantadas foi para modalidade I, ou seja, com 1 Cirurgião- Dentista e 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Chama a atenção para o fato de que, após 9 anos, ainda que o número de equipes de saúde bucal tenha aumentado de forma bem expressiva, teve grandes diferenças entre o número de equipes nas modalidades I e II em todos os anos. Em 2002, foram implantadas 91,2% a mais de modalidade I em relação à modalidade II. Dessa forma, verifica-se que a incorporação das equipes de modalidade II tem sido pouco adotada, o que configura que a prática exercida na saúde bucal na Estratégia Saúde da Família ainda é realizada sob uma concepção mais tradicional, num processo de trabalho sem incorporação do Técnico de Saúde Bucal/TSB (MANFREDINI, 2006). Destaca-se que a equipe modalidade II torna-se mais interessante pela participação ativa do TSB dentro da ESB, através do apoio direto ao CD, pois estão entre suas funções realizar atividades clínicas previstas por lei e procedimentos coletivos dentro e fora da unidade de saúde (DIAS, 2006).

Em relação aos incentivos financeiros, foi através da Portaria 1.444 que eles foram estabelecidos de forma anual para a modalidade I da ESB no valor de R\$13.000,00 e R\$16.000,00 para a modalidade II no ano de 2000. Já em 2004, uma nova portaria aumentou o valor repassado às ESB para R\$ 20.400,00 para modalidade I e 26.400,00 para a modalidade II. Nesse mesmo ano, foi estabelecido um incentivo adicional de R\$ 6.000,00 destinados às ações de saúde bucal (DIAS, 2006). Os valores dos repasses governamentais para as modalidades I e II da ESB, no ano de 2009, foram de R\$ 24.000/ano e R\$ 31.200/ano, respectivamente. Nesse mesmo ano, a Política Brasil Sorridente proporcionou um incentivo às ESB, em que foram repassados R\$ 7.000,00 para as ESB no mês posterior a sua implantação para o investimento na Unidade Básica (BRASIL, 2010b).

5.2 A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE

O município de Porto Alegre é dividido em Distritos Sanitários, sendo que cada distrito possui uma área de abrangência. Foram assim divididos para facilitar o planejamento das ações. Cada distrito possui seu Gerente Distrital e um Conselho Distrital que tem como função o planejamento, a avaliação, a fiscalização e a deliberação das ações de saúde em consonância com as normas do Sistema Único de Saúde. As regiões estão agrupadas em oito Distritos Sanitários/Gerências de Saúde, a saber: Centro; Leste/Nordeste; Partenon/Lomba; Glória/Cruzeiro/Cristal; Sul/Centro-Sul; Restinga/Extremo-Sul; Norte/Eixo-Baltazar; Noroeste/Humaitá-Ilhas (PORTO ALEGRE, 2010b).

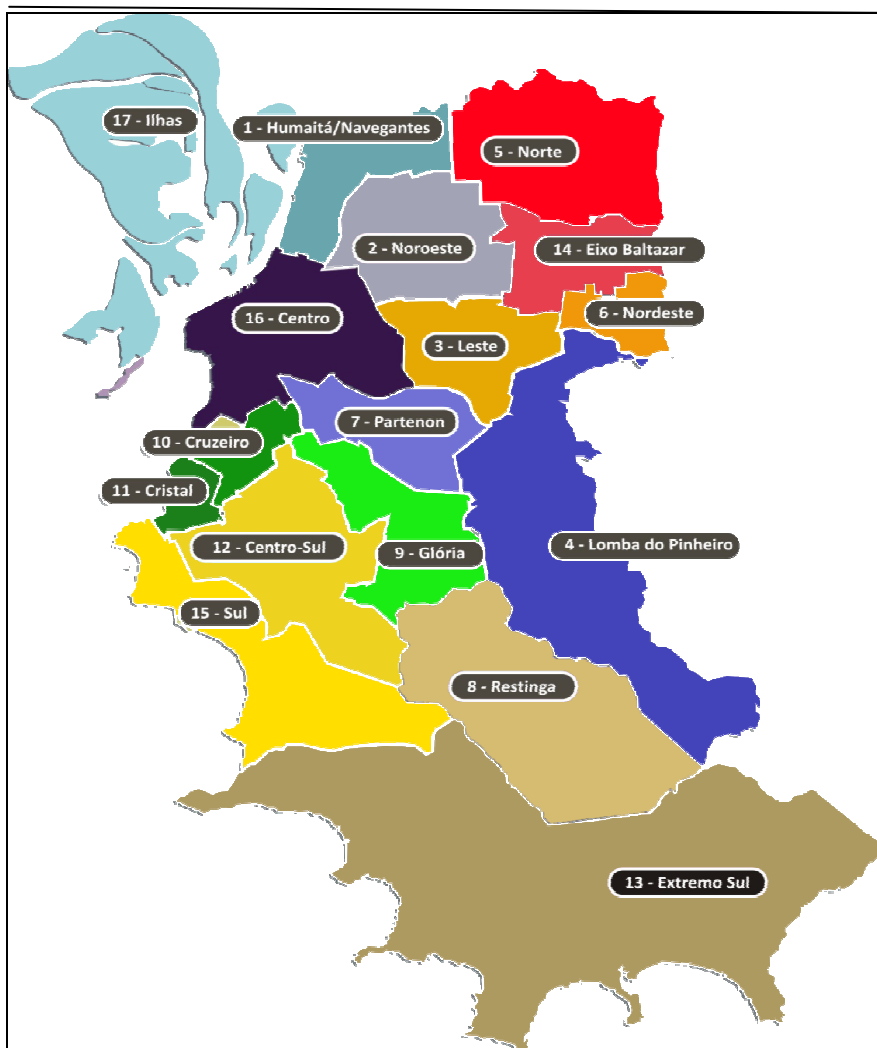


Figura 1 – Regiões do município que compõem os Distritos Sanitários e área de abrangência. Porto Alegre, 2010.

O município de Porto Alegre já contava com outros serviços de atenção básica, mas pela existência de vazios de atendimentos em saúde e para complementar as áreas de grande vulnerabilidade sócio-sanitárias, o PSF foi implantado em 1996 (GRALHA; MORAIS, 2007).

A Saúde Bucal foi inserida no município em 2001, através da Portaria nº 267, inicialmente com três equipes distribuídas entre as unidades do PSF com maiores necessidades diagnosticadas (GRALHA; MORAIS, 2007).

Em 2008, a capital contava com 117 UBS e 84 ESF, sendo que somente a ESF cobria 290 mil moradores. Cada equipe atendia 850 famílias, cerca de 3.500 a 4.000 pessoas (LUVISON; BALDISSEROTTO, 2008). Atualmente, Porto Alegre conta com 121 Unidades Básicas de Saúde, até então, em funcionamento. As características variam conforme a tipologia das unidades com a vigência do Programa de Saúde da Família até Centros de Saúde, onde se dá, entre outros atendimentos, a realização de procedimentos cirúrgicos de menor complexidade (PORTO ALEGRE, 2010f; PORTO ALEGRE, 2010g; PORTO ALEGRE, 2010h; PORTO ALEGRE, 2010i; PORTO ALEGRE, 2010j; PORTO ALEGRE, 2010l; PORTO ALEGRE, 2010m; PORTO ALEGRE, 2010n; MAFFACCIOLLI; LOPES, 2010).

A Tabela 6 apresenta a composição das Equipes de Saúde da Família do município por Gerência Distrital em 2010. Os profissionais estão distribuídos de modo desigual nas diferentes equipes do distrito sanitário. Ao total, trabalham no município, pela Estratégia de Saúde da Família: 89 Médicos, 89 Enfermeiros, 158 Técnicos de Enfermagem, 20 Auxiliares de Enfermagem, 14 Cirurgiões-Dentistas (CD), 5 Técnicos de Saúde Bucal (TSB), 12 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e 329 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 Psicólogos, 2 Nutricionistas, 2 Assistentes Sociais, 1 Assistente Administrativo.

Do total de 722 cargos para as unidades de saúde, 40 (5,5%) aparecem vagos. Destes cargos, estão vagos: 8 para Médico, 2 para Enfermeiro, 12 para Técnicos de Enfermagem, 1 para Cirurgião-Dentista, 2 para Auxiliar de Saúde Bucal e 15 para Agente Comunitário de Saúde. No site da Secretaria Municipal da Saúde, aparecem 121 unidades de saúde, sendo que 66 (54,5%) destas atuam pela ESF. Das ESF, 14 (21,2%) têm ESB (PORTO ALEGRE, 2010) (PORTO ALEGRE, 2010f; PORTO ALEGRE, 2010g; PORTO ALEGRE, 2010h; PORTO ALEGRE, 2010i; PORTO ALEGRE, 2010j; PORTO ALEGRE, 2010l; PORTO ALEGRE, 2010m; PORTO ALEGRE, 2010n).

Tabela 6 – Distritos sanitários do município de Porto Alegre e o número de profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família por gerência distrital. Porto Alegre, 2010.

GERÊNCIA	TOTAL DE UBS	UBS COM ESF	ESF COM ESB	EQUIPES
CENTRO	9	4	---	6 médicos, 6 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem, 21 ACS
GLÓRIA/ CRUZEIRO/ CRISTAL	24	14	2	20 (1*) médicos, 19 enfermeiros, 34 (1*) técnicos de enfermagem, 4 auxiliares de enfermagem, 2 CD, 2 ASB, 78 (2*) ACS
LESTE/ NORDESTE	18	14	2	19 (4*) médicos, 20 enfermeiros, 35 (4*) técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 2 (1*) CD, 1 TSB, 2 ASB, 78 (7*) ACS
NOROESTE/ HUMAITÁ/ ILHAS	10	4	3	4 Médicos, 4 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 3 CD, 3 ASB, 16 ACS, 1 psicólogo, 2 nutricionistas, 2 assistentes sociais, 1 assistente administrativo
NORTE/ EIXO BALTAZAR	20	11	1	13 (1*) médicos, 12 enfermeiros, 20 (3*) técnicos de enfermagem, 5 auxiliares de enfermagem, 1 CD, 1 TSB, 1 (1*) ASB, 51 (2*) ACS
PARTENON/ LONBA DO PINHEIRO	14	7	2	11 médicos, 11 enfermeiros, 19 (3*) técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 2 CD, 1 TSB, 2 ASB, 47 (4*) ACS
RESTINGA/ EXTREMO SUL	9	5	2	7 (1*) médicos, 8 (1*) enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 3 auxiliar de enfermagem, 2 CD, 2 TSB, 2 (1*) ASB, 4 ACS
SUL/ CENTRO SUL	17	7	2	9 (1*) médicos, 9 (1*) enfermeiros, 17 (1*) técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 2 CD, 34 ACS
TOTAL	121	66	14	89 (8*) médicos, 89 (2*) enfermeiros, 158 (12*) técnicos de enfermagem, 20 auxiliares de enfermagem, 14 (1*) CD, 5 TSB, 12 (2*) ASB, 329 (15*) ACS, 1 psicólogos, 2 nutricionistas, 2 assistentes sociais, 1 assistente administrativo.

FONTE: PORTO ALEGRE. SMS, 2010f; 2010g; 2010h; 2010i; 2010j; 2010l; 2010m; 2010n.

* Número de cargos vagos

Conforme os dados da Secretaria Municipal de Saúde (Tabela 7), havia, em Porto Alegre, 153 ACS no ano de 2002, cobrindo 6,4% da população do município, sendo essa a menor porcentagem de população coberta no período de 2002 a 2010. Nos anos seguintes,

essa porcentagem variou entre 10,5% e 14,9%. Já em 2010, o número de agentes cresceu para 372, cobrindo 14,96% da população. Em relação à ESF, no ano de 2002, havia 35 equipes, cobrindo 8,79% da população do município. A partir de 2003, houve um crescimento quanto à cobertura populacional, que variou entre 15,3% e 22,4%. Até maio de 2010, haviam sido implantadas 93 ESF, correspondendo a uma cobertura de 22,4% da população.

Tabela 7 – População do município de Porto Alegre coberta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), número de ACS e ESF implantados, estimativa e proporção da população de Porto Alegre coberta pelos ACS e ESF.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ACS									
IMPLANTADOS	153	251	253	335	343	372	342	372	372
ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO COBERTA	87.975 (6,4%)	144.325 (10,5%)	145.475 (10,5%)	192.625 (13,8%)	197.225 (14,1%)	213.900 (14,9%)	196.650 (13,6%)	213.900 (14,9%)	213.900 (14,9%)
ESF									
IMPLANTADAS	35	61	63	74	82	90	84	93	93
ESTIMATIVA DE POPULAÇÃO COBERTA	120.750 (8,7%)	210.450 (15,3%)	217.350 (15,7%)	255.300 (18,3%)	282.900 (20,2%)	310.500 (21,7%)	289.800 (20,1%)	320.850 (22,4%)	320.850 (22,4%)

FONTE: BRASIL. MS/SAS/DAB, 2010a.

Pode-se verificar que a ESF apresentou maior cobertura populacional comparada à do PACS, sendo que esse foi proposto pelo MS anteriormente à ESF. O interessante seria que o PACS e a ESF aumentassem na mesma proporção, pois o ACS é tão importante quanto os outros profissionais da ESF, sendo considerado o eixo de ligação entre a comunidade e a equipe, divulgando a ESF na sua área de atuação, multiplicando as informações, promovendo a saúde bucal nas famílias (GRALHA; MORAIS, 2007) e orientando as famílias sobre cuidados em saúde (FERRAZ; AERTS, 2005).

Além disso, destaca-se um aumento considerável quanto ao número de ACS implantados (64,0%) e de cobertura da população (de 6,4% para 10,5%) de 2002 para 2003 (Tabela 7). Nos anos seguintes, há um discreto crescimento. Isso aconteceu também na ESF (aumento de 74,2%), acompanhando a realidade do país no mesmo período. Além disso, chama a atenção para a diminuição de ACS e ESF, a estimativa e a proporção da população coberta no ano de 2008.

Segundo estudo de Ferraz e Aerts (2005), o qual avaliou a distribuição das principais atividades desenvolvidas pelos ACS, a média de visitas domiciliares (VD) por dia de trabalho

e o número de famílias acompanhadas por ACS, o município de Porto Alegre contava com 114 ACS no ano de 2000, tendo um aumento de somente 39 ACS desse ano para 2002, totalizando 153 ACS, concordando com os dados do Ministério da Saúde (Tabela 7).

O Estudo de Gralha e Morais (2007) relatou 63 ESF (14% da população da capital) em Porto Alegre, no ano de 2003, tendo duas equipes a mais do que o dado apresentado pelo Ministério da Saúde (Tabela 7).

Para 2007, a Câmara Municipal de Porto Alegre contabilizou 84 ESF atendendo a 300 mil porto-alegrenses (PORTO ALEGRE, 2010a), diferindo dos dados da Tabela 7, na qual o valor de ESF foi de 90.

Mendonça e Macadar (2008) relataram que a capital atendeu em 2006, 226.725 pessoas na ESF (1,29 consultas/ano), estando abaixo do índice preconizado pelo MS (1,5 consultas/ano). Já em 2007 houve um aumento desse valor para 1,46 consultas/ano. As autoras ainda acrescentam que o município possuía 93 ESF no ano de 2008, 9 a mais do que o informado pelo Ministério da Saúde (Tabela 7).

Manfredini (2006) afirmou que a média de cobertura populacional para municípios com mais de 100 mil habitantes era de 13% em 2002. Porto Alegre apresentava dados muito abaixo dessa média, com uma estimativa de 6,41% da população coberta.

Na Tabela 8 são disponibilizados o número de famílias cadastradas e pessoas atendidas, bem como o número de consultas realizadas e de profissionais, na ESF, nos anos de 2001 até 2008. Pode-se verificar um aumento de 180% nas ESF, 165,17% no número de profissionais, 247,68% no número de consultas e 64,13% no número de pessoas atendidas.

Tabela 8 – Distribuição do número de famílias cadastradas, pessoas atendidas, consultas, equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais entre os anos de 2001 a 2008, em Porto Alegre.

INFORMAÇÕES	ANO 2001	ANO 2002	ANO 2003	ANO 2004	ANO 2005	ANO 2006	ANO 2007	ANO 2008
Famílias cadastradas	34084	44203	56529	55136	70700	65605	65571	66472
Pessoas atendidas	140000	156400	169588	110337	282900	267826	226712	229783
Consultas	135619	193458	232208	240496	393600	428280	446410	471519
Equipes da ESF	35	61	63	84	86	83	94	98
Profissionais	290	249	-	709	718	736	753	769

FONTE: PORTO ALEGRE. SMS/ANUÁRIO ESTATÍSTICO, 2010e.

De acordo com a Tabela 9, nos anos de 2002 a 2004, o número de pessoas cobertas pela ESF manteve-se constante, mas teve um maior aumento em 2006 e 2007 (105,47%),

quando comparado aos anos anteriores, como pode ser visualizado na Tabela 9. Não havia informações para o ano de 2005.

Tabela 9 – População coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a percentagem da população coberta pelo programa, entre 2002 e 2007. Porto Alegre, RS.

ANO	POPULAÇÃO COBERTA	% POPULAÇÃO COBERTA PELO PROGRAMA
2002	110.337	8
2003	110.337	7,9
2004	110.337	7,9
2005	-	-
2006	226.591	15,7
2007	226.712	15,6

FONTE: BRASIL. DATASUS/SIAB, 2010f.

Os valores do percentual de população coberta pela ESF encontrados no DATASUS/SIAB (Tabela 9) estão abaixo do percentual da estimativa de cobertura populacional da ESF apresentada pelo Ministério da Saúde (Tabela 7).

Em relação à saúde bucal e sua inserção na Estratégia Saúde da Família no município de Porto Alegre, dados do Ministério da Saúde mostram um pequeno crescimento das Equipes de Saúde Bucal. Em 2003, são registradas as primeiras 3 equipes da capital. No entanto, estudo de Gralha e Moraes (2007) sobre o PSF em Porto Alegre, afirmou que no ano de 2001, foram implantadas 3 ESB no município.

Verificou-se, em Porto Alegre, dois períodos de crescimento muito discretos em relação ao pequeno número de equipes: o primeiro, de 2004 a 2005, com aumento de 4 ESB e o segundo, de 2008 para 2009, com acréscimo de apenas 1 ESB. Nos demais anos, o número de equipes se manteve constante. Em 2010, aparecem 8 ESB no sistema do MS, totalizando aumento de 5 equipes a mais em relação a 2003. Os dados podem ser observados no Gráfico 3.

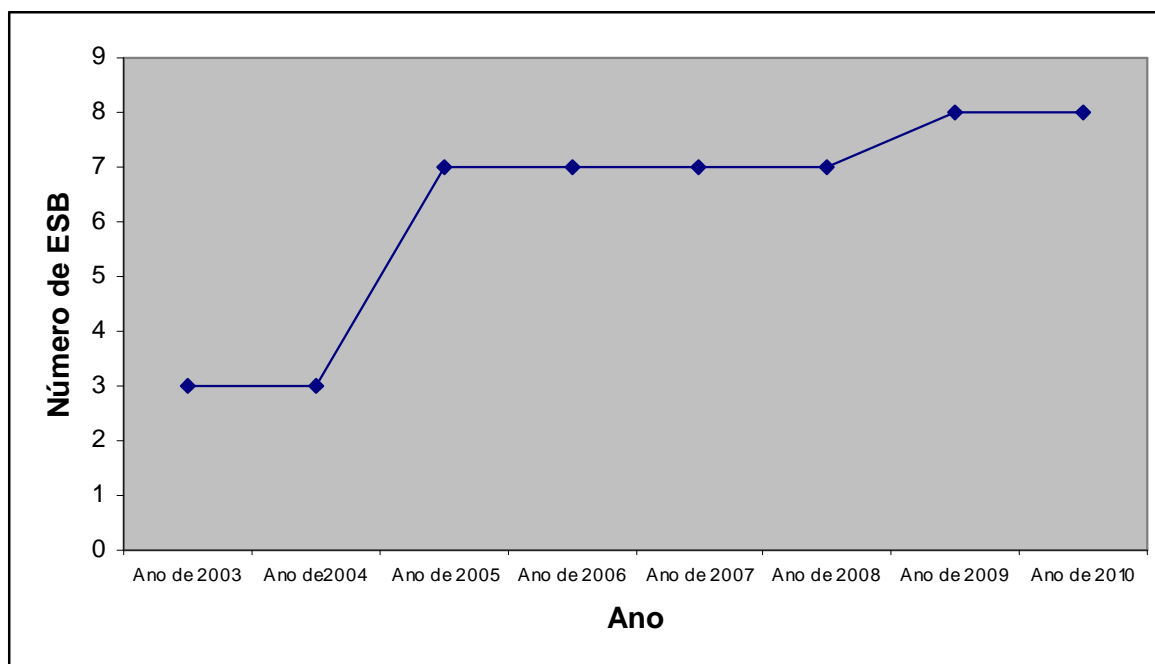


Gráfico 3 - Evolução do número de ESB de 2002 a 2010. Município de Porto Alegre, Brasil. Brasil, MS/SAS/DAB, 2010.

A Tabela 10 apresenta, por ano, dados do Ministério da Saúde sobre as Equipes de Saúde Bucal implantadas em Porto Alegre, por modalidade (I e II). Em 2002, ainda não havia nenhuma Equipe de Saúde Bucal, mas a partir de 2003, são implantadas as primeiras três Equipes de Porto Alegre, dado confirmado pelo estudo de Souza (2003).

Tabela 10 – Distribuição das Modalidades I e II da Equipe de Saúde Bucal (ESB) e o total de ESB implantadas, de 2002 a 2010, no município de Porto Alegre.

ANO	MODALIDADE I	MODALIDADE II	TOTAL DE ESB
	n (%)	n (%)	n (%)
2002	--	--	--
2003	--	3 (100,0)	3 (100,0)
2004	--	3 (100,0)	3 (100,0)
2005	2 (58,5)	5 (71,4)	7 (100,0)
2006	4 (57,1)	3 (42,8)	7 (100,0)
2007	2 (58,5)	5 (71,4)	7 (100,0)
2008	2 (58,5)	5 (71,4)	7 (100,0)
2009	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (100,0)
2010	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (100,0)

FONTE: BRASIL. MS/SAS/DAB; 2010a.

No ano de 2010, o Ministério da Saúde registra um total de 8 equipes implantadas. Tal dado difere do apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, que registra, em 2010, 14 Equipes de Saúde Bucal (Tabela 6).

Lourenço et al. (2009) registraram, em Minas Gerais, um maior incremento de ESB no PSF em 2003, período em que houve aumento nos incentivos à saúde bucal na ESF em nível nacional. Em Porto Alegre, esse aumento de número de equipes aconteceu em 2005, passando de 3 para 7 equipes. Ainda assim, esse aumento foi irrisório, contando-se os 9 anos do início de implantação até o momento atual. Em 2010, são informadas 8 Equipes de Saúde Bucal em Porto Alegre, sendo 5 (62,5%) Modalidade II e 3 (37,5%) Modalidade I, contrariando os dados encontrados no estado do Rio Grande do Sul como um todo (Gráfico 4).

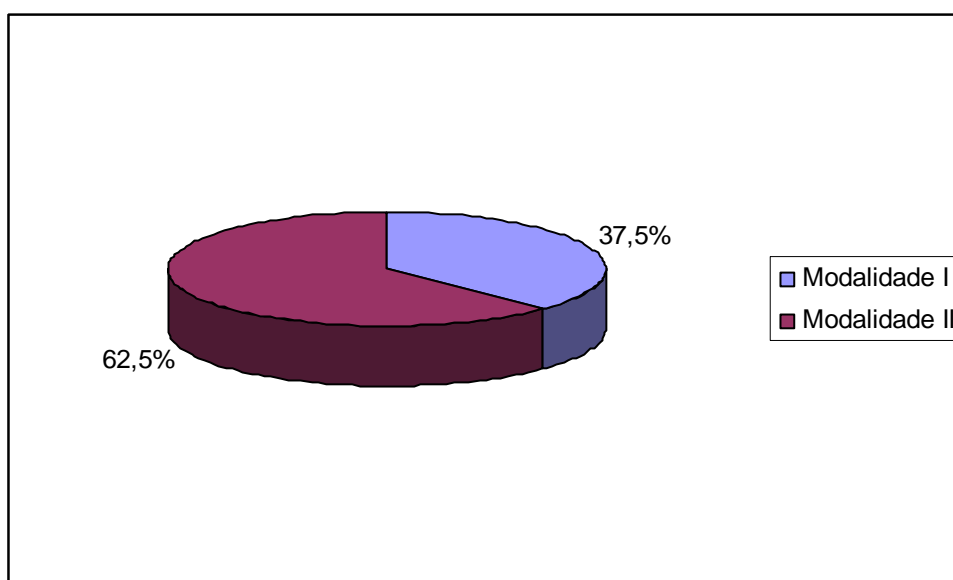


Gráfico 4 – Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas na Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre, 2010. Brasil, MS/SAS/DAB; 2010.

Assim como em Porto Alegre, Belo Horizonte também implantou a ESB no ano de 2001. Entre 2000 e 2002, foram implantadas 502 ESF e, entre 2002 e 2003, um total de 113 ESF foram habilitadas na capital mineira (WERNECK; ROCHA, 2008). Já Curitiba, apresentava uma configuração híbrida, com 58 UBS, sendo 49 ESF, no ano de 2007. Nesse mesmo ano, a capital do Paraná, Curitiba, apresentava 134 ESB, cobrindo 34% da população (SOUZA, 2008b), conforme a Tabela 11.

Tabela 11 - Comparação entre as capitais Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre, em relação ao número de ESF e ESB implantadas nos anos de 2003 e 2007.

	ESF	ESB
BELO HORIZONTE (2003)	502	113
PORTO ALEGRE (2003)	61	03
CURITIBA (2007)	58 UBS + 49 ESF	134
PORTO ALEGRE (2007)	90	07

FONTE: SOUZA, 2008b; WERNECK; ROCHA, 2008.

Durante algum tempo o PSF ficou praticamente restrito às pequenas cidades do interior do Brasil, especialmente em municípios que ainda não contavam com a atenção ambulatorial organizada. Nesses casos, houve uma inquestionável ampliação do acesso à atenção básica propiciado pela sua implantação. Para o Ministério da Saúde, fiador da Estratégia de Saúde da Família, o grande desafio tem sido expandi-la para os grandes centros urbanos, onde já existia uma rede estruturada de atenção à saúde (NASCIMENTO; COSTA, 2009). Esse é o caso de Porto Alegre.

Passados 9 anos da implantação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, o município conta atualmente com apenas 8 ESB. Quando se comparam os dados de Porto Alegre (Tabela 10) com os do Rio Grande do Sul (Tabela 5), no ano de 2002, observa-se que 91 ESB estavam implantadas no estado, para nenhuma em Porto Alegre. Já em 2010 foram registradas 639 ESB no estado para 8 no município, o que representa apenas 1,25% do total do estado.

Em relação ao Brasil (Tabela 2), que no ano de 2003, possuía 6170 ESB, Porto Alegre (Tabela 10) possuía somente 3 ESB, representando 0,04% do total do país. Já em 2010, o Brasil apresenta 19.231 ESB (Tabela 3) e Porto Alegre apenas 8 (Tabela 10), representando ainda 0,04% do total do país. Pode-se perceber que, embora tenha ocorrido aumento no número de ESB no país, a capital gaúcha não acompanhou esse crescimento na mesma proporção do Brasil como um todo.

Em Porto Alegre, houve um aumento no número de Equipes de Saúde Bucal, desde sua implementação, até o momento atual, seguindo a tendência nacional e estadual. Esse número, no entanto, ainda é muito baixo. Segundo a Portaria 673, de 3 de junho de 2003 (DIAS, 2006), o número de Equipes de Saúde Bucal foi equiparada ao número de Equipes de Saúde da Família implantadas. Considerando que Porto Alegre possuía uma população de 1.360.590 de habitantes no ano de 2000 e uma Equipe de Saúde Bucal deveria atender 3.450

pessoas, o número ideal de Equipes de Saúde Bucal deveria ser de aproximadamente, 395 ESB. O município possui apenas 8 ESB no ano de 2010, segundo dados do Ministério da Saúde, e 14 ESB, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Da mesma forma, o número de equipes de Estratégia de Saúde da Família também está abaixo do esperado no município, pois deveria haver, aproximadamente, 395 ESF no município para que toda a população fosse atendida. No entanto, Porto Alegre apresenta apenas 93 ESF informadas em 2010 (Tabela 7).

Esses dados estão de acordo com Manfredini (2006), o qual afirma que na maior parte dos grandes centros urbanos e notadamente nas capitais, a implantação das ESF tem sido realizada em um ritmo mais lento que no caso dos pequenos municípios. Como exceção a essa regra, pode-se citar Belo Horizonte e Curitiba.

De modo geral, os dados informados nos sites oficiais e por meio da revisão de literatura apontaram para um aumento gradual em relação ao número de ACS, de ESF e ESB implantadas no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre, entre 2001 e 2010. A ESB apresentou o crescimento mais expressivo no período. Com isso, também aumentou a proporção de população coberta, bem como o número de municípios que aderiram ao PACS e à ESF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo caracterizou o processo de implantação da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre, em relação ao número de equipes, além de contextualizar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da própria Estratégia de Saúde da Família no cenário Federal, Estadual e Municipal.

De acordo com os dados encontrados, foram observados aumentos no número de Agente Comunitários de Saúde, no número de município e na porcentagem de população cobertos, de 2001 a 2008, no Brasil, e até 2010 no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre.

Nesse mesmo período, verificou-se também o crescimento da Estratégia de Saúde da Família em relação ao número de equipes implantadas, municípios e população cobertos, nos três níveis de governo.

Quanto à saúde bucal, em nível nacional e estadual, foi registrado aumento no número de Equipes de Saúde Bucal, com predomínio da Modalidade I.

Em Porto Alegre, no período de 2001 a 2010, foi observado um aumento discreto do número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, com predomínio da modalidade II, diferindo da tendência encontrada no Rio Grande do Sul. Atualmente, o município conta com 121 UBS, das quais 66 (54,5%) atuam na Estratégia de Saúde da Família, sendo que destas, apenas 14 (21,2%) têm Equipe de Saúde Bucal, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Se os dados levados em conta forem os do Ministério da Saúde, essa relação é ainda mais baixa. Para cobrir toda a população com a Estratégia de Saúde da Família, a capital precisaria de 395 ESF e 395 ESB. Mesmo sendo registrado aumento nos números das equipes, ainda está muito baixo comparado ao número ideal.

Em relação aos Sistemas de Informação em Saúde consultados, foram encontradas divergências nos valores registrados em sites oficiais. Os dados estão disponíveis, porém verificou-se uma grande dificuldade para encontrar os sites e também para localizar as informações dentro dos mesmos. Uma das explicações para essa dificuldade seria a pouca familiaridade com as fontes de consulta de dados, que poderia ser mais trabalhada durante a graduação. O outro motivo poderia ser a linguagem utilizada nos sites, que dificultam e, muitas vezes, confundem o pesquisador sobre qual dos tópicos acessar para chegar ao seu objetivo.

Segundo Barros e Chaves (2003), a divergência entre algumas informações encontradas pode ser explicada pelo inadequado preenchimento dos instrumentos, fluxo de dados até o processamento fora do tempo estabelecido, registro e armazenamento não serem seguros, entre outros. Por isso, é necessário o treinamento dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos sistemas de informação, bem como sua importância e como utilizá-los na análise e difusão das informações coletadas.

A descentralização da saúde ampliou a utilização de sistemas de informação como forma de planejamento e gestão, mas cada instância de governo disponibiliza seus dados sem nenhuma padronização, tornando muito complicada a busca e a análise de dados. A vantagem da existência dos sistemas de informação é a consolidação da produção de serviços pelas equipes e o controle social pela população. Além disso, permite às equipes medirem a qualidade da atenção, a eficácia do planejamento e a avaliação das ações, propiciando uma necessidade constante de aferição do trabalho e educação continuada das equipes (BARROS; CHAVES, 2003).

O tema estudado a partir dessa proposta não se esgota com seu término. Sugere-se a produção de mais pesquisas que contribuam na avaliação da organização do processo de trabalho nessas equipes, o grau de satisfação da população, dos profissionais de saúde e a formação dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- AGRIPINO G. G. et al. A Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v. 6. no. 3, p. 213-218, Jul./Set. 2007.
- BALDANI M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21. no. 4, p.1026-1035, Jul./Ago. 2005.
- BARROS, S. G.; CHAVES S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 12. no. 1, p. 41-51, Jan/Mar. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes Técnicos e Institucionais. Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34. n. 3, p. 316-319, jun. 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil** – Uma análise de indicadores selecionados. 1998-2004. Brasília: 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 19 Jun. 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/saude_familia.php>. Acesso em: 19 Jun. 2010b.
- _____. **Lei 8080**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 19 Jun. 2010c.
- _____. **Lei 8142**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 19 Jun. 2010d.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **UNASUS** - Universidade Aberta do SUS. Projeto Institucional, versão 0.94. Brasília: Outubro de 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projeto_unasusvs0942.pdf>. Acesso em: 19 Jun. 2010e.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 Jun. 2010f.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2001.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2002.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2003.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2004.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010j.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2005.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010l.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2006.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010m.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2007.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010n.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2008.pdf>. Acesso em: 21 Jun. 2010o.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sb_meta_evolucao.jpg>. Acesso em: 23 Jun. 2010p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sb_nro_municipio.jpg>. Acesso em: 23 Jun. 2010q.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/c01b.htm>>. Acesso em: 14 Jul. 2010r.

DIAS, A. A. Saúde Bucal Coletiva e Legislação à Luz do Programa de Saúde da Família. In: DIAS, A. A. e cols. **Saúde Bucal Coletiva** – Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Editora Santos, 2006. p.1-20.

ELY, H. C. et al. Principais ações na área da saúde bucal desenvolvidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – período 1999/2002. **Boletim da Saúde**, v.16, n. 2, p. 70-81. 2002.

FAURGS. Fundação de Apoio da universidade Federal do Rio Grande do Sul. Edital de Processos seletivos nº 04 e 05/ 2001. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.faurgs.ufrgs.br/CONCURSOS/PSF/PSFManualPS4e5.htm>>. Acesso em: 26 out. 2009.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde coletiva**, v.10, n.2, p.347-355, abr./maio/jun., 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22. n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

GRALHA, R. S.; MORAIS, E. P. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação. In: LOPES, MJM; PAIXÃO, DX. **Saúde da Família – Histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 31-47.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Geográficos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso em: 09 Jun. 2010.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1367-1377, 2009.

LUVISON, I.; BALDISSEROTTO, J. Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, RS. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde da Família – Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 125-135.

MACFARLANE, T. V.; GLENNY, A. M.; WORTHINGTON, H. V. Systematic review of population-based epidemiological studies of ora-facial pain. **J Dent.**, v. 29, p. 451-67, 2001.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva** (no prelo). Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2345> Acesso em 11 jun. 2010.

MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: DIAS, A. A e cols. **Saúde Bucal Coletiva – Metodologia de Trabalho e Práticas**. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 43-73.

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. **Saúde Bucal Coletiva - Conhecer para atuar**. Natal, RN: EDUFRN-Editora da UFRM, 2004. p. 249-259.

MENDONÇA, L. L.; MACADAR, M. A. A Importância dos Sistemas de Informação para o Planejamento de Ações e Políticas de Saúde no Programa de Saúde da Família do Município de Porto Alegre. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, v. 7, n. 2, p. 1-17, 2008.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A. D. et al. **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. p. 144.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde da Família** – Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 1-20.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.p. 67-91.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24. n. 2. p. 241-246, fev. 2008.

OBSERVAPOA. Observatório da cidade de Porto Alegre. **Dados Demográficos**. Disponível em: <<http://www.observapoa.palegre.com.br/>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

_____. Observatório da cidade de Porto Alegre. **Dados Demográficos**. Disponível em: <<http://www.observapoa.palegre.com.br/>>. Acesso em: 16 Jun. 2010.

PONTES, N. S. T.; AGUIAR, A. C. Educação Permanente como Ferramenta e Resposta: Perspectiva da Integralidade nos Processos de Trabalho em Saúde Bucal Coletiva no Âmbito do PSF. In: MACAU LOPES, M. G. **Saúde Bucal Coletiva: Implementando Idéias...Concebendo Integralidade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 137-155.

PORTO ALEGRE. **Câmara Municipal de Porto Alegre**. Disponível em: <<http://www.camarapoa.rs.gov.br/>>. Acesso em: 24 abr. 2010a.

_____. **Conselho Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=57>. Acesso em: 24 abr. 2010b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados sobre o Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=807>. Acesso em: 16 Jun. 2010c.

_____. **Anuário estatístico de Porto Alegre**, 2008. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/anuario/usu_doc/dados_gerais_cidade.pdf>. Acesso em: 16 Jun. 2010d.

_____. **Anuário estatístico de Porto Alegre**, 2008. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/anuario/usu_doc/sms-a1a.pdf>. Acesso em: 19 Jun. 2010e.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Centro**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=834>. Acesso em: 19 Jun. 2010f.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Leste/Nordeste**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=835>. Acesso em: 19 Jun. 2010g.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Sul/Centro Sul**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=836>. Acesso em: 19 Jun. 2010h.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=837>. Acesso em: 19 Jun. 2010i.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Norte/Eixo Baltazar**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=838>. Acesso em: 19 Jun. 2010j.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Partenon/Lomba do Pinheiro**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=839>. Acesso em: 19 Jun. 2010l.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Noroeste/Humaitá/Ilhas**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=840>. Acesso em: 19 Jun. 2010m.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distrito Restinga/Extremo Sul**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=841>. Acesso em: 19 Jun. 2010n.

PORTO ALEGRE ONLINE. **Dados da capital**. Disponível em: <<http://www.portoalegreonline.net/dados.php>>. Acesso em: 16 Jun. 2010.

RADAELLI, S. M. et al. Demanda de Serviço de Saúde Comunitária na Periferia de Área Metropolitana. **Rev. Saúde Pública**, S.Paulo, v. 24, no. 3, p. 232-240. 1990.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em Saúde Coletiva** – Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SOUZA, D. S. **A Saúde Bucal em Porto Alegre**: Avaliação dos Serviços da Rede Básica de Origem Municipal. 2003. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Luterana do Brasil, Canoas.

SOUZA, D. S. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF- Uma visão no âmbito estadual. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde da Família** – Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008a. p. 21-38.

SOUZA, L. V. Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Curitiba, PR. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde da Família** – Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008b. p. 136- 141.

WERNECK, M. A. F.; ROCHA, R. C.. Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte, MG. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde da Família** – Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 101- 112.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer da Comissão de Pesquisa (COMPESQ). Faculdade de Odontologia/UFRGS, 2010.

Projeto N°: 17812

Título: A SAUDE BUCAL NA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA NO MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO SUL

COMISSAO DE PESQUISA DE ODONTOLOGIA: Parecer

APROVADO EM REUNIÃO DA COMPESQ EM 15/01/2010 - ATA UNIFICADA 01/10.